

Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland),
Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom,
Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine),
Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Kraschnitz (Schlesien).

Vierter Jahrgang 1902 1903.

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin. **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 1. 5. April. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Akademisches Jubiläum des Hofrathes Freiherrn von Krafft-Ebing.

Am 12. März fand in Wien im Hörsaale der II. psychiatrischen Klinik eine Feier zu Ehren des Herrn Hofrathes Freiherrn v. Krafft-Ebing statt. Anlass derselben war der Umstand, dass derselbe das 30. Jahr seiner Wirksamkeit als akademischer Lehrer vollendet hatte. Die Feier gestaltete sich zu einer ebenso ehrenden wie herzlichen Kundgebung der medicinischen Kreise Wiens für den genannten Gelehrten, der mit Schluss des Wintersemesters aus dem Lehramte scheidet.



In dem mit Blumen reich decorirten Hörsaale hatten sich zur Feier des Tages zahlreiche Collegen und Schüler des Gefeierten eingefunden, ausserdem als Vertreter des Unterrichtsministeriums Sectionsrath Dr. Kelle, als Vertreter der Wiener medicinischen Facultät deren Decan Professor Kolisko und für die deutsche medicinische Facultät in Prag Professor Dr. Arnold Pick, für die Gesellschaft der Aerzte in Wien deren Präsident Hofrath Grobak, für den serbischen Aerzteverein, dessen Ehrenmitglied v. Krafft-Ebing ist, Dr. Subotic etc. etc.

Als erster Redner ergriff der engere Fach-Collega des Gefeierten, Prof. Wagner v. Jauregg das Wort und schilderte in längerer Rede*) den Entwicklungsgang v. Krafft-Ebings und dessen literarische und didaktische Verdienste.

Hieraut ergriff im Namen des Vereines für Psychiatrie und

*) Siehe Wiener klin. Wochenschrift No. 88.

Neurologie, dessen Präsidium v. Krafft-Ebing durch 10 Jahre innegehabt hatte, Professor Obersteiner das Wort und überreichte dem Jubilar eine Festschrift des Vereines mit zahlreichen Beiträgen von seinen Schülern und Freunden, darunter von seinen Studiencollegen Professor Erb und Professor Schüle.

Hierauf ergriff der älteste Assistent der Klinik, Docent Dr. v. Sölder das Wort und wünschte dem Meister Glück für den heutigen Tag sowie für die Zukunft.

Danach beglückwünschten den Jubilar Decan Professor Kolisko Namens der Wiener medicinischen Facultät, Hofrath Chrobak Namens der Gesellschaft der Aerzte, Primararzt Dr. Redtersbacher für die Direction des allgemeinen Krankenhauses, Hofrath Nothnagel im Namen der Gesellschaft für innere Medicin, Regierungsrath Svetlin Namens der praktischen Aerzte, Professor A. Pick Namens der Prager medicinischen Facultät und Dr. Subotic Namens des Serbischen Aerztevereins.

Auf diese Kundgebungen erwiderte Hofrath v. Krafft-Ebing folgendes: „Ich stehe verwirrt, beschämt vor Ihnen und weiss nicht, wie ich es anfangen soll, Ihnen allen zu danken. Ich habe nie darüber nachgedacht, was ich eigentlich werth bin. Ich habe nur immer gestrebt, mir die Achtung meiner Mitmenschen zu erwerben und die Freundschaft meiner Collegen, und es scheint mir dies gelungen zu sein. Für die Psychiatrie kann Niemand etwas Grosses leisten; das ist eine Wissenschaft, die in einem Menschenleben kaum erfasst und ergründet werden kann. Es ist möglich, dass ich einige Bausteine für den Bau der Psychiatrie der Zukunft beigetragen habe, und hoffe, dass zahlreiche Schüler durch einfache klinische, unermüdliche, voraussetzungslose Beobachtungen die Wissenschaft fördern und so mein Andenken ehren werden." Hierauf gab Professor v. Krafft-Ebing eine Schilderung seines Lebenslaufes, die auch hinsichtlich des von ihm in der Psychiatrie Erstrebten und Erreichten höchst interessant war. Damit schloss die Feier.

Für den Abend war vom Vereine für Psychiatrie und Neurologie ein Festmahl zu Ehren des Jubilars veranstaltet worden, das bei zahlreichem Besuche sehr animirt verlief und bei dem auch die zahlreichen, aus Nah und Ferne eingelangten brieflichen und telegraphischen Glückwünsche verlesen wurden.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie.

Aus der juristischen Fachlitteratur des Jahres 1901 zusammengestellt

von Dr. *Ernst Schultze*, Andernach.

I. Strafgesetzbuch.

§ 51.

Die Vertheidigung hätte mit Rücksicht auf die Art ihrer Abweisung in den Entscheidungsgründen das ausdrückliche Eingehen auf die Frage nothwendig gemacht, ob die Angeklagte das Bewusstsein von der ehrenkränkenden und herabwürdigenden Natur ihrer gegen den Königlichen Landrath und den Freiherrn v. F. erhobenen üblen Nachreden gehabt habe. Das Urtheil sagt zwar, die Angeklagte habe das Gut D. ganz selbständig und mit grosser Sachkunde verwaltet, welche Aufgabe eine Frau von „im Allgemeinen" auch nur wesentlich verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht hätte erfüllen können, und spricht der Angeklagten ausserordentlich gutes Erinnerungsvermögen zu. Allein dies Alles hat mit dem erwähnten Bewusstsein, das ein Erkennungsvermögen in ganz anderer und besonderer Richtung voraussetzt, nichts zu thun. Dagegen ist bei der Strafzumessung erwogen, dass die Angeklagte häufiger starken Aufregungen und nervösen Ueberreizungen unterworfen und von schweren Krankheiten heimgesucht worden sei, die nicht ohne Einfluss auf ihr Gemüthsleben bleiben konnten. Hierauf wird die Feststellung gegründet, „dass in dieser Beschränkung sogar im Allgemeinen eine geminderte Zurechnungsfähigkeit" angenommen werden könne. Es ist unklar, was die Strafkammer hierunter versteht, insbesondere welche Beschränkung sie annimmt und welche Seite der Zurechnungsfähigkeit sie für gemindert hält. Dies ist ein Mangel, der gleichfalls zur Aufhebung des Urtheils führt; denn es ist nicht ausgeschlossen und mit diesen Entscheidungsgründen wohl vereinbar, dass das überreizte Gemüthsleben gerade die klare Einsicht in die beleidigende Natur ihrer Aeusserungen getrübt und dass die Minderung ihrer Zurechnungsfähigkeit gerade in der Einseitigkeit ihres Gedankenkreises bestanden hat, vermöge deren sie die Nebenwirkungen der Verfolgung einer fixen Idee, hier die beleidigende Natur ihrer Verfolgungsthätigkeit, ganz übersehen oder nicht erkannt hat. Eine solche fixe Idee stellt das

Urtheil fest. Die Angeklagte betrachtet sich, weil ein Gendarm, den sie zur Einschreitung gegen Wilderer veranlasst zu haben glaubt, von einem Wilderer erschossen worden ist, als die Ursache der „Erschiessung" und hält es für ihre Pflicht, nicht eher zu ruhen, bis der „Mörder" entdeckt ist. Sie nimmt an, dass Freiherr v. F. dabei betheiligt gewesen sei, und diese Bezichtigung ist im Wesentlichen der Gegenstand der beleidigenden Briefe an ihn, seine Frau und andere Personen; die Beleidigungen des Königlichen Landrathes stehen damit in innerem Zusammenhange. Da die Urtheilsgründe die Behauptung der Angeklagten für glaubwürdig erklären, dass sie fortdauernd ihrer Pflicht gemäss von dem Motive beseelt gewesen sei, zur Aufklärung der folgenschweren dunklen That nach Kräften beizutragen, so scheint die Strafkammer zuzugeben, dass auch die fraglichen Briefe diesen Zweck verfolgten. Verfolgte sie nun diesen Zweck bei „im Allgemeinen geminderter Zurechnungsfähigkeit", so bestand umsomehr Anlass, zu untersuchen und festzustellen, ob davon nicht das Bewusstsein der beleidigenden Nebenwirkung berührt und ausgeschlossen war, als die Vertheidigung der Angeklagten, sie wisse nicht, was sie geschrieben oder gesagt habe, da sie zur Zeit krank war (laut Sitzungsprotokoll), offenbar dieses Bewusstsein — wie jedes andere — ausdrücklich bestritten hatte. Statt dessen spricht das Urtheil nur davon, dass die Beleidigten die betreffenden Aeusserungen als Angriffe auf ihre Ehre empfunden haben, und dass die Angeklagte die Pflicht erkennen musste, die Ehre ihrer Mitmenschen nicht freventlich anzutasten. Dass hiermit nicht gesagt ist, sie habe bewusst gegen diese Pflicht gehandelt, liegt zu Tage.

Urtheil des I. Sen. vom 10. Juni 1901. 1872. 1901. J. W.*) pag. 601.

§ 65 Abs. 3.

Der von dem Vormunde in eigenem Namen und nicht in Vertretung des Entmündigten gestellte Strafantrag ist unwirksam, wenn der Bevormundete beschränkt geschäftsfähig, also nicht wegen Geisteskrankheit, sondern nur wegen Geistesschwäche oder aus andern Gründen entmündigt ist. Für die Beurtheilung der Geschäftsfähigkeit ist der Entmündigungsbeschluss maassgebend.

Urtheil des IV. Sen. vom 18. Januar 1901. J. W. pag. 433.

§ 175.

„Unzucht" ist nicht denkbar, ohne dass wenigstens **ein** Theil in wollüstiger Absicht handelt. Dagegen braucht diese nicht nothwendig auch bei dem **andern** vorzuliegen. Es genügt, dass dieser auch seinerseits bewusster- oder gewolltermaassen zu der beischlafsähnlichen Handlung mitwirkt, sie insoweit **selbst vornimmt oder duldet**, und zwar in **Kenntniss davon**, dass der **Andere** dabei in der Absicht der Erregung oder Befriedigung seines Geschlechtstriebes handelt.

Urtheil des II. Sen. vom 29. März 1901. 632. 1901. J. W. pag. 436.

§ 230.

Die Angeklagte hatte als Oberin des Krankenhauses die Anordnungen des dirigirenden Arztes Dr. B. zu befolgen. Dabei war es ihre Berufspflicht, mit der ihr möglichen durch die Umstände gebotenen Sorgfalt im Einzelfalle zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorlagen, für welche die von ihm im voraus erlassenen allgemeinen Anordnungen getroffen waren, und zu erwägen, dass derartige Anordnungen alle denkbaren Besonderheiten eines jeden einzelnen Falles nicht erschöpfen können. Gelangte sie bei ihrer sorgsamen Prüfung zu der Ansicht, dass die Voraussetzungen einer allgemeinen Anordnung gegeben waren, so hatte sie dieser einfach Folge zu leisten. Sie würde pflichtwidrig gehandelt haben, wenn sie selbständig von der Vorschrift abgewichen wäre, weil sie etwa nach ihrem eigenen Ermessen eine andere Maassnahme für geboten erachtet hätte. Sie war nicht berechtigt, ihre eigene Ansicht höher zu stellen, als die des Krankenhausarztes; sie war nicht verpflichtet, ihm Gegenvorstellungen zu machen. Gewann sie aber bei ihrer Prüfung die Meinung, es sei unwahrscheinlich oder doch ungewiss, ob die thatsächlichen Voraussetzungen der allgemeinen Anordnung vorlagen, so hatte sie, weil es für solche zweifelhaften Fälle an einer zutreffenden Anordnung fehlte, je nach den Umständen entweder die Bestimmung des Arztes einzuholen oder selbst, wenigstens vorläufig, Bestimmung zu treffen. In diesem Sinne ist der Satz des angefochtenen Urtheils zu verstehen oder nur als richtig anzuerkennen: „Eine Oberin, die, wie die Angeklagte, bereits 16 Jahre in ihrem Berufe ist, hat nicht willenlos und blindlings die von dem Arzt getroffenen Anordnungen auszuführen, sondern sie hat nach ihrem pflichtmässigen Ermessen zu prüfen, ob dieselben angebracht erscheinen oder nicht." Die Angeklagte hat in Beziehung auf K., nachdem sie in dem Aufnahmeschein als Grund der Aufnahme das delirium tremens gelesen hatte, diejenigen Anweisungen einfach befolgt, welche der Krankenhausarzt für den Fall der Einlieferung eines an delirium tremens leidenden Kranken allgemein ertheilt hatte: sie hat K. ohne Benachrichtigung des Arztes in die Tobzelle bringen und

*) Juristische Wochenschrift.

hier ohne Bewachung bis zu dem täglichen Krankenbesuche des Arztes verbleiben lassen. Das Urtheil giebt keine Gründe an, weshalb die Angeklagte bei gehöriger Erwägung, etwa wegen des Grades der Erkrankung, hätte erkennen müssen, dass der vorliegende Fall ein solcher sei, welcher unter die allgemeine Anweisung nicht oder vielleicht nicht falle. Sie hat nach Einsicht des keine Andeutung über eine andere vorhergehende oder fortdauernde Erkrankung enthaltenden Aufnahmescheines des Sanitätsraths Dr. C. und nach Empfang der Anzeige über die grosse Unruhe des Kranken erklärt, die Angehörigen hätten die Unwahrheit betreffs der Krankheit gesagt; es ist nicht für widerlegt erachtet, dass sie bei ihrer Maassnahme die Angaben des Sohnes und der Tochter des K. über die Rippenfellentzündung ihres Vaters für unwahr gehalten hat; es ist nicht festgestellt, dass und weshalb dieser ihr Glaube etwa ein fahrlässig verschuldeter war. Nach den Urtheilsgründen „musste sich die Angeklagte bei ihrer langjährigen Thätigkeit sagen, dass das Verbringen eines solchen Kranken ohne jede ärztliche Untersuchung und ohne jegliche Bewachung in die ihr wohlbekannte Tobzelle sehr wohl geeignet war, an dem Kranken derartige schwere Verletzungen, wie bei K. geschehen, herbeizuführen." Anscheinend ist gemeint, die Angeklagte habe die Untersuchung veranlassen müssen, damit der Arzt über die Einschliessung in der Tobzelle und die dabei einzuhaltenden Maassregeln entscheide. Aber weshalb sie dies hätte thun müssen, obgleich der Arzt allgemein seine zuvorige Benachrichtigung als unnöthig bezeichnet hatte, ist nicht gesagt und aus den Worten „eines solchen Kranken" nicht zu entnehmen. Dass eine Bewachung die Selbstverletzungen unmöglich gemacht haben würde, ist festgestellt. Aber wenn auch die Tobzelle mit ihren vier nackten Wänden und ihrer eisenbeschlagenen Thür den Tobsüchtigen Mangels Bewachung Gelegenheit zu Selbstverletzungen gab, so war doch dieser Umstand für den Arzt nicht ausreichend gewesen, stets eine Bewachung darin anzuordnen. Es fehlt im Urtheil an der Angabe eines Grundes, weshalb die Angeklagte, welche sich die Gefährdung des Kranken beim Unterbleiben einer Bewachung klar machen musste, berechtigt und verpflichtet war, der Bestimmung des Arztes, welcher eben diese den Kranken gefährdende Behandlungsweise vorgeschrieben hatte, nicht Folge zu leisten.

Urtheil des III. Sen. vom 10. Dezember 1900. 4200. 1900. J. W. pag. 278.

II. Strafprocessordnung.

§ 51.

Der Mangel einer genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides, welcher nach dieser Vorschrift die Unterlassung der Beeidigung rechtfertigt, muss auf mangelnder Verstandesreife oder auf Verstandesschwäche beruhen. Eine Ausdehnung auf andere Gründe ist unstatthaft. Verhindert Trunkenheit den Zeugen, die Aussage wahrheitsgetreu und im Bewusstsein der mit der Eidesleistung zu übernehmenden Verantwortlichkeit zu machen, so hat das Gericht die Vernehmung und Beeidigung bis zur Hebung des Hindernisses zu verschieben, also in einen späteren Abschnitt der nöthigenfalls zu unterbrechenden Hauptverhandlung zu verlegen oder Aussetzung der Verhandlung anzuordnen.

Urtheil des III. Sen. vom 10. Juni 1901. 1925. 1901. J. W. pag. 687.

§§ 56, 260.

Die Vernehmung eines Geisteskranken als Zeugen ist zulässig und in § 56 Str. P. O. vorgesehen, indem der daselbst Nr. 1 gebrauchte Ausdruck Verstandesschwäche die Geisteskrankheit mit umfasst.

Urtheil des II. Sen. vom 9. Oktober 1900. 3479. 1900. J. W. pag. 283.

§ 72.

Die Revision rügt, die Vernehmung des Dr. S. habe in unzulässiger Weise, unter Verletzung der Mündlichkeit des Verfahrens, stattgefunden. Dieser Sachverständige sei fast taub, so dass er nicht im Stande sei, die an ihn gerichteten Fragen zu verstehen; er habe sich in der öffentlichen Sitzung einer Mittelsperson, des P. bedient, der die vom Vorsitzenden an jenen gerichteten Fragen rasch zu Papier gebracht und ihm vor Augen gehalten habe, worauf die Antwort erfolgte. P. aber sei nicht als Dolmetscher vereidigt und nur stillschweigend geduldet worden. Nach amtlicher Auskunft des Vorsitzenden ist Dr. S. schwerhörig; „er lässt sich", sagt der Vorsitzende, „die an ihn gestellten Fragen, um jedem Missverständnisse vorzubeugen, durch eine Mittelsperson aufschreiben. Da ich aus den Antworten des Sachverständigen ersah, dass er meine Fragen stets richtig aufgefasst hatte, habe ich diese Art der Verständigung für zulässig erachtet." Obgleich diese Erklärung nicht einer Beurkundung im Sitzungsprotokoll gleichkommt, kann sie doch, als zu Gunsten der Revision lautend nicht unberücksichtigt bleiben. Das darin zugegebene Verfahren erscheint in hohem Grade bedenklich, zumal, da es scheint, dass es, wie die Revision einfliessen lässt, bei Vernehmungen des genannten Sachverständigen sogar stets eingehalten zu werden pflegt. Von einer Verpflichtung, überhaupt von den persönlichen Eigenschaften der jeweiligen Mittelsperson ist in der Erklärung keine Rede. Doch kann eine Ver-

letzung des Grundsatzes der Mündlichkeit oder einer bestimmten Vorschrift der Str. P. O. nicht in dem, was der Vorsitzende zugiebt, gefunden werden. Denn hiernach wurden von ihm die Fragen mündlich gestellt und diese von dem Sachverständigen mündlich beantwortet. Und wenn der Vorsitzende, wie er behauptet, sich überzeugte, dass der Sachverständige die Fragen richtig aufgefasst habe, so muss angenommen werden, dass diese Antworten jeden Zweifel hierüber ausgeschlossen haben. Da der Sachverständige nicht taub war, war die Zuziehung eines Dolmetschers nicht geboten und hatte eine Belehrung oder Vereidigung der Mittelsperson, deren sich nicht der Vorsitzende, sondern der Sachverständige, um jedem Missverständnisse vorzubeugen, bediente, nicht stattzufinden. Sache der Processleitung wäre es gewesen, eine solche Einmischung eines Unberufenen zurückzuweisen; aber da die Unterlassung nicht beanstandet wurde, konnte die Revision keinen Erfolg haben. Denn dass die Schwerhörigkeit des Sachverständigen ihn hinderte, die Einlassung des Angeklagten, die Aussagen der Zeugen, die Ausführungen des Staatsanwaltes und Vertheidigers zu hören, ist nicht ersichtlich; im gegebenen Falle waren Zeugen überhaupt nicht vernommen, und der Vertheidiger hat nicht behauptet, den Versuch gemacht zu haben, direkte Fragen an den Sachverständigen zu stellen; seine hierauf bezüglichen Bemerkungen in der Revisionsschrift sind darum nicht geeignet, den einzigen Gerichtsbeschluss, der in der Hauptverhandlung erlassen worden ist, nämlich die Ablehnung des Antrags auf Vernehmung eines anderen Sachverständigen als auf einer Gesetzesverletzung beruhend, nachzuweisen.

Urtheil des I. Sen. vom 11. März 1901. 406. 1901. J. W. pag. 496.

§ 79.

Dem Revidenten ist zuzugeben, dass die Str. P. O. eine Beeidigung von Sachverständigen nur in versprechender Form kennt. Wenn aber im vorliegenden Falle der Zeuge S. bald nach Beginn seiner Vernehmung und nachdem sich herausgestellt hatte, dass seine Aussage zum Theile die eines sachverständigen Zeugen wurde oder in einzelnen Punkten sich zu einem Gutachten gestaltete, „den gesetzlichen Sachverständigeneid geleistet hat" und dann des Weiteren vernommen ist, so lässt sich dem nicht entnehmen, dass er nicht Alles, wofür seine Eigenschaft als Sachverständiger in Betracht kam, nach seiner Eidesleistung ausgesagt hat. Die Wiedergabe seiner Aussage im Sitzungsprotokolle ist für deren Inhalt nicht beweisend, da dieses zu ihrer Beurkundung nicht bestimmt ist (§ 273 der Str. P. O.). Hält man sich aber an den Wortlaut des Sitzungsprotokolles, so hat der Sachverständige nach seiner Beeidigung erklärt, dass er Alles, was er gutachtlich ausgesagt habe, auf diesen Eid nehme, und damit der Sache nach dieses wiederholt, sodass es durch den Sachverständigeneid gedeckt ist. Im Uebrigen ist im Allgemeinen der von S. vor seiner Vernehmung geleistete Zeugeneid auch zur eidlichen Bestärkung einzelner in der Aussage enthaltener Urtheile und gutachtlicher Aeusserungen geeignet (vergl. Entsch. des R. G. Bd. 3, S. 100).

Urtheil des III. Sen. vom 7. Januar 1900. 4815. 1900. J. W. pag. 497.

III. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6. Z. 1.

Die Voraussetzungen der zur Entmündigung führenden Geistesschwäche sind bei demjenigen gegeben, der infolge seines geistigen Defektes sich in intellektueller und ethischer Hinsicht ungefähr auf der Entwickelungsstufe eines Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr überschritten hat, befindet. Der Geistesschwache darf nicht befähigt sein, seine Angelegenheiten im a l l g e m e i n e n selbständig zu besorgen, muss aber im Stande sein, unter der schützenden Aufsicht eines Vormundes bei Besorgung dieser Angelegenheiten mitzuwirken.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 30. Mai 1901.)

D. R.*) Entscheidungen Nr. 1460.

§ 6. Z. 1.

Unfähigkeit zur Besorgung e i n z e l n e r Angelegenheiten rechtfertigt nicht die Entmündigung.

(R. G. 20. Oktober 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 2305.

§ 6. Z. 1.

Auch wenn sich die geistige Erkrankung in den Formen des Querulantenwahnsinns zeigt, kann eine Entmündigung nur eintreten, wenn die Wahnideen die Person in a l l e n ihren Lebensbethätigungen erfasst haben, sie nach a l l e n Richtungen in der Art beherrschen, dass eine allgemeine geistige Erkrankung als vorhanden angesehen werden muss.

(O.-L.-G. Hamburg, 1. April 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1462.

§ 6. Z. 1, §. 104.

Ein Geisteskranker kann geschäftsfähig sein.

Der Beklagte ist nach dem Gutachten erheblich psychisch krank. Die Thatsache, dass jemand geisteskrank ist, ist für sich allein weder für d i e Frage, ob der Kranke entmündigt werden kann, noch für d i e

*) Das Recht.

Frage, ob er auch ohne Entmündigung für geschäftsfähig zu erachten ist, irgendwie entscheidend.

Vergl. §§ 6 Ziff. 1, 104 B. G. B.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 2. Mai 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1461.

Zu § 6. sowie Art. 155 E. G. z. B. G. B.

1. § 6 B. G. B. enthält gegenüber dem Badischen Landrechtssatz 489 eine Aenderung, da er zwischen Geistesstörung und Geistesschwäche unterscheidet.

In beiden Richtungen wird ein geistiger Defekt unterstellt; Geistesstörung und Geistesschwäche unterscheiden sich nur dem Grade nach und dadurch, dass in dem einen Falle der geistig Erkrankte seine Angelegenheiten absolut nicht zu besorgen vermag, während ihm im anderen Falle nur die Fähigkeit zur selbständigen Besorgung, nicht diejenige zur Mitwirkung dabei fehlt. Hiernach ist bei einem geistigen Defekt, der nach dem Badischen Landrecht zu einer Entmündigung führen könnte, nach dem neuen Recht zu prüfen, ob er als Geisteskrankheit oder als Geistesschwäche anzusehen sei.

2. Aus der Natur des Anfechtungsverfahrens bezüglich der Entmündigung ist nicht die Folgerung zu ziehen, dass nur das zur Zeit des Entmündigungsbeschlusses geltende Recht zur Anwendung kommen dürfe.

Vielmehr ergiebt sich daraus, dass es sich dabei um ein Statusrecht handelt, sowie aus Art. 155 des E. G. zum B. G. B., dass auch in dem Anfechtungsverfahren, das sich auf eine vor dem 1. Jan. 1900 beschlossene Entmündigung bezieht, das neue materielle Recht zur Anwendung kommt. Dass ein Antrag auf Entmündigung wegen Geistesschwäche im Sinne des B. G. B. vorliegt, ist in dieser Beziehung nicht erforderlich; denn die Gerichte sind bei der Entscheidung über den Grad der Entmündigung an den Inhalt des Antrages nicht gebunden.

Urtheil des R. G. vom 20. Novbr. 1900 i. S. Rep. II Nr. 260/00. (Ebenso Entscheid. des V. C. S. des R. G. in einem Urtheile vom 29. X. 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 1.

§ 6. Z. 2.

Die Entmündigung kann stattfinden, wenn der zu Entmündigende arbeitsscheu ist und erheblich mehr als die jährlichen Einkünfte seines Vermögens verbraucht.

(O.-L.-G. Rostock, 1. Oktober 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1309.

§ 6. Z. 2.

Verschwendung für sich genommen ist der Hang einer Person zu sinnloser, ihren Vermögensverhältnissen nicht entsprechender Vergeudung des Vermögens.

(R. G. IV. 20. Mai 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1690.

§ 6. Z. 3. § 1906.

Während des Entmündigungsverfahrens wegen Verschwendung kann das Vormundschaftsgericht gemäss § 1906 den zu Entmündigenden unter vorläufige Vormundschaft stellen. Diese endigt unter den in § 1908 aufgeführten Voraussetzungen und schafft nur einen vorübergehenden Zustand, der erst durch den Hinzutritt der Entmündigung sich in einen endgültigen verwandelt.

(L.-G. Kaiserslautern, 22. September 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 244.

§ 6. A. 2.

Erkenntniss des Reichsgerichts IV. C. S. i. S. v. d. Luhe c. v. Oertzen vom 20. Mai 1901, Nr. 92/1901 IV. II. J. O. L. G. Rostock.

Gründe:

Mit Recht macht hiergegen die Revision geltend, dass zur Begründung der auf Wiederaufhebung der Entmündigung gerichteten Klage nur gehört, dass nach der jetzigen Sachlage die Voraussetzungen der Entmündigung nicht vorliegen, nicht aber, dass auch eine Besserung des Entmündigten eingetreten ist. Liegen nach der jetzigen Sachlage die Voraussetzungen der Entmündigung nicht vor, so ist der Grund der Entmündigung weggefallen und deshalb die Entmündigung aufzuheben. Das Erforderniss einer „Besserung" als Voraussetzung der Wiederaufhebung der Entmündigung bedingt die Heranziehung des früheren Zustandes zur Vergleichung mit dem jetzigen Zustande als entscheidenden Maassstab auch für die Wiederaufhebung der Entmündigung; damit wird aber dem früheren Zustande eine Tragweite beigelegt, die er nicht haben kann und auch nicht haben darf. Denn bei der Wiederaufhebung kommt ausschliesslich der gegenwärtige Zustand in Frage; ist danach der Entmündigte frei von dem Mangel, auf dem seine Entmündigung beruht, der wegen Verschwendung Entmündigte also insbesondere mit dem Hange zu sinnloser Vermögensvergeudung nicht behaftet, so besteht kein Grund für die Aufrechterhaltung der Entmündigung und ist diese aufzuheben, ohne dass zu prüfen ist, ob eine „Besserung" im Vergleich zu dem früheren Zustande eingetreten ist. Es ist nicht nur kein Grund ersichtlich, weshalb gegenüber dem Nachweise, dass der Entmündigte jetzt mit dem für seine Entmündigung erforderlichen Mangel nicht behaftet ist, die Wiederaufhebung noch von dem Nachweise einer Besserung im Verhältniss zu dem früheren Zustande abhängig gemacht werden

sollte; es steht ein solches Verlangen auch geradezu mit dem Gesetze in Widerspruch, nach welchem die Entmündigung bei dem Wegfalle ihres Grundes ohne weiteres aufzuheben ist. Mit Recht weist die Revision auf die mit dem Verlangen einer „Besserung" als Voraussetzung der Wiederaufhebung der Entmündigung verbundene unannehmbare Folge hin, dass danach ein in Folge unzutreffender Würdigung des früheren Zustandes unzutreffend für geisteskrank oder für einen Verschwender erklärter Entmündigter, der in Wirklichkeit gar nicht geisteskrank oder gar kein Verschwender war, die Wiederaufhebung der Entmündigung niemals würde erreichen können, da seiner Klage stets der Einwand entgegenstände, dass er so gesund, so haushälterisch, wie jetzt, schon zur Zeit der Entmündigung gewesen, also eine Aenderung zum Besseren nicht eingetreten sei. J. W. pag. 476.

§ 7.

Zur Begründung eines Wohnsitzes wird in der Regel erfordert, dass die Person an einem Orte sich niederlässt und den Willen hat, dass dieser Ort auf die Dauer des Mittelpunkt ihrer Verhältnisse und Thätigkeit bilden soll.

(O.-L.-G. Köln, 27. März 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 2175.

§ 8.

Selbst bei lebenslanger Festhaltung des Geisteskranken in der Heilanstalt muss der ursprüngliche Wohnsitz begrifflich solange fortdauern, bis der Vormund namens des Entmündigten den Willen kund giebt, den Wohnsitz an den Ort zu verlegen, wo sich die Heilanstalt befindet. Eine solche Kundgebung kann in der Erklärung an sich nicht erblickt werden, durch die der Vormund dem Aufenthalt und der Verpflegung in der Anstalt zustimmt.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 6. Dezember 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1464.

§ 104.

Das Prozessgericht ist auch durch den dispositiven Theil des Entmündigungsbeschlusses nicht gebunden und kann daher annehmen, dass jemand gemäss § 104 Nr. 2 B. G. B. geschäftsunfähig ist, auch wenn derselbe lediglich wegen Geistesschwäche entmündigt worden ist.

Urtheil des O.-L.-G. München vom 27. Februar 1901. D. R. Entscheidungen Nr. 1311.

§§ 823, 826.

Nicht schon jede, die freie Willensbestimmung des anderen irgendwie beeinflussende Einwirkung ist unter den Begriff der Freiheitsverletzung zu stellen.

R. G. VI. 11. IV. 1901.

D. R. Entscheidungen Nr. 1161.

§ 828. A. 2.

1. Um den Thäter von der Verantwortung zu befreien, genügt es nicht schon, wenn ihm die zur Erkenntniss der Gefährlichkeit der Handlung erforderliche Einsicht fehlte, während andererseits auch hier nicht Voraussehbarkeit des Schadens erfordert wird.

2. Der Thäter ist für den Mangel der Einsicht beweispflichtig.

(O.-L.-G. Dresden, 20. September 1901).

D. R. Entscheidung 2461.

§ 832.

Der Aufsichtspflicht ist genügt, wenn im allgemeinen die zur Beaufsichtigung der Minderjährigen erforderlichen Maassnahmen getroffen sind, ohne dass es darauf ankommt, ob eine genügende Beaufsichtigung gerade hinsichtlich der schädigenden Handlung stattgefunden hat.

(O.-L.-G. Kiel, 29. April 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1479.

§ 1568.

Bei Entscheidung der Frage, ob schwere Pflichtverletzungen vorliegen, kann das subjektive Moment, die Aufgeregtheit und die demzufolge fehlende bösliche Absicht, in Erwägung gezogen werden.

(R.-G. IV. 13. Dezbr. 1900.)

D. R. Entscheidung Nr. 673.

§ 1568.

Wenn auch das Unvermögen zur Leistung der ehelichen Pflicht für sich und als solches keinen Scheidungsgrund bildet, so ist es doch nicht ausgeschlossen, dass die Herbeiführung des Unvermögens durch schuldvolles unsittliches Verhalten den anderen Ehegatten berechtigt, auf Grund § 1568 die Scheidung zu verlangen.

(R.-G. IV. 13. Dezember 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 476.

§ 1568.

Aus diesem Paragraphen kann auf Scheidung geklagt werden, wenn der Ehemann fortdauernd arbeitsscheu, trunksüchtig und streitsüchtig ist, auch wenn er einen Offenbarungseid wissentlich falsch geleistet hat und deshalb zu längerer Zuchthausstrafe verurtheilt ist.

(O.-L.-G. Rostock II, 26. Oktober 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1340.

§ 1568.

Ist eine Handlung im allgemeinen geeignet, eine völlige Zerstörung der ehelichen Gesinnung hervorzurufen, so erübrigt sich ein weiteres Eingehen auf die individuellen Verhältnisse der Ehegatten, solange nicht besondere Umstände angeführt sind, die eine Ausnahme begründen könnten. Sind derartige Um-

stände nicht geltend gemacht, so bedarf es nicht der Feststellung ihres Nichtvorhandenseins.

(R.-G. III, 22. Juni 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1495.

§ 1569.

Der Paragraph beschränkt sich nicht auf die Fälle eines geistigen Todes des erkrankten Ehegatten, sondern verlangt nur Aufhebung der geistigen Gemeinschaft durch die Geisteskrankheit, eine solche liegt aber vor, wenn der kranke Ehegatte nicht mehr im Stande ist, an dem Lebens- und Gedankenkreis des anderen Ehegatten irgendwie theilzunehmen.

Die Entstehungsgeschichte des § 1569 cit. zeigt, dass nur eine qualificirte Geisteskrankheit zur Ehescheidung genügen sollte und dass man diese Qualifikation der Geisteskrankheit nicht in ihrer Wirkung auf die eheliche oder häusliche Lebensgemeinschaft, sondern in ihrer Wirkung auf die geistige Gemeinschaft finden wollte (Prot. 2. Lesung S. 5671 ff). Diese Fassung verbietet es, ausschliesslich den Zustand des geisteskranken Theils zu beachten; vielmehr ist auch die Lage des gesunden Ehegatten, zu dessen Gunsten das Gesetz gemacht ist, in Betracht zu ziehen. Ist der kranke Theil infolge seiner Geisteskrankheit nicht mehr im Stande, an dem — hier gewiss einfachen — Lebens- und Gedankenkreis des anderen Ehegatten irgendwie theilzunehmen, so kann von einer geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten keine Rede mehr sein.

Hanseat. O.-L.-G. Urtheil vom 22. I, 01, II 293/00.

D. R. Entscheidung Nr. 571.

§ 1569.

Der Mangel des Bewusstseins der mit dem anderen Ehegatten gemeinsamen Interessen und des Willens, diesen nach Kräften zu dienen, genügt nicht, vielmehr hat nur der geistige Tod, also ein Zustand, in welchem der Kranke die Scheidung nicht mehr empfindet und nur mehr von einer animalischen Fortexistenz gesprochen werden kann, als Scheidungsgrund angenommen werden sollen.

(O.-L.-G. Köln, 23. März 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1181.

§ 1569.

Selbst wenn infolge des Verhaltens des kranken Theiles ein Zusammenleben der Ehegatten nicht mehr möglich ist, kann noch eine geistige Gemeinschaft zwischen ihnen bestehen, so hinsichtlich der Besorgung vermögensrechtlicher Angelegenheiten und vor allem hinsichtlich der Fürsorge für das Wohl und die Erziehung der Kinder.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 2. Mai 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1875.

§ 1569.

Nach der Entstehungsgeschichte des § 1569 B. G.B. ist die Annahme gerechtfertigt, dass die gesetzgebenden Faktoren mit dem Ausdruck „Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten“ nichts anderes sagen wollten, als was bei den Berathungen mit dem bildlichen Ausdruck „geistiger Tod“ zum Ausdruck gebracht wurde, also Zustand völliger Verblödung. Ob aber die Absicht des Gesetzgebers, dem Ehescheidungsgrunde des § 1569 so enge Grenzen zu setzen, im Gesetze hinreichenden Ausdruck gefunden hat, ob nicht vielmehr die Worte nothwendigerweise dem Ehescheidungsgrunde eine weitere Ausdehnung gaben, ist zweifelhaft.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 2. Mai 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1496.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **Einladung zur Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte.** Die Versammlung wird am Montag, den 14. April und Dienstag, den 15. April in München stattfinden. Beginn Montag Vormittag 9 Uhr im physikalischen Hörsaal des Polytechnikums.

Tagesordnung:

I. Begrüssung der Versammlung und geschäftliche Mittheilungen.

II. Referate:

a) Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Referent: Herr Dr. Alzheimer in Frankfurt a. M.
b) Vorschläge zur Schaffung einer Centralstelle für Gewinnung statistischen Materials über die Beziehungen der Geisteskranken. Referent: Herr Prof. Dr. Hoche in Strassburg i. E.

III. Vorträge:

1. Herr Geh. Hofrath Prof. Dr. Binswanger (Jena): Ueber hysterische Myoclonie.
2. Herr Dr. Brosius (Sayn): Ueber den Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland.
3. Herr Dr. Degenkolb (Neustadt): Beiträge zur Pathologie der kleinen Hirngefässe.
4. Herr Hofrath Prof. Dr. Fürstner (Strassburg i. E.): Giebt es eine Pseudoparalyse?
5. Herr Privatdocent Dr. Gudden (München): Beiträge zur Anatomie und topographischen Anatomie des Hirnstamms.
6. Herr Dr. Räcke (Kiel): Ueber Hypochondrie.

7. Herr Dr. H. Vogt (Göttingen): Ueber Gesichtsfeldeinengung bei Arteriosklerose.
8. Herr Prof. Dr. A. Westphal (Greifswald): Beitrag zur Pathogenese der Syringomyelie.
9. Herr Privatdocent Dr. G. Wolff (Basel): Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen.

Die Reihenfolge der Vorträge wird am Vorabend der Versammlung festgesetzt werden.

Die Herren, welche den Projectionsapparat zu benützen wünschen, werden ersucht, sich an Herrn Privatdocent Dr. Gudden in München (Steinsdorfstrasse 2, II.) zu wenden.

Nach der Nachmittagssitzung am Montag, den 14. April wird ein gemeinsames Essen im Hôtel Bayrischer Hof (Promenadeplatz) stattfinden. Am Vorabend der Versammlung, Sonntag, den 13. April, findet von 8 Uhr ab im Café Luitpold (Briennerstrasse) zwangloses Beisammensein und Begrüssung der Teilnehmer der Versammlung und ihrer Damen statt.

Das Lokalcomité besteht aus den Herren Med.-Rath Prof. Dr. Bumm (als Vorsitzender), Privatdocent Dr. Gudden und Director der Kreisirrenanstalt Dr. Vocke. Die Herren haben sich freundlichst bereit erklärt, über Wohnungsverhältnisse u. s. w. Auskunft zu geben. Frau Director Vocke wird sich gütigst der mitkommenden Damen annehmen und ihnen beim Besuch der Sehenswürdigkeiten Münchens hülfreich sein.

Der Vorstand.

Fürstner, Strassburg. Hitzig, Halle. Jolly, Berlin. Kreusser, Schussenried.
Laehr, Zehlendorf. Pelman, Bonn. Siemens, Lauenburg.

— **„Ueber die Anrechnung der Detentionszeit in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit“** macht Dr. jur. Alfred Manes, Referendar in Göttingen, in der Zeitschrift das „Recht“ (10. III. 1902) folgende bemerkenswerthe Ausführungen: „Die Aufmerksamkeit, welche dem Geisteszustand eines Angeklagten geschenkt wird, hat sich in den letzten Jahren stark vermehrt, und damit ist die Bedeutung der strafrechtlichen und strafprozessualen Vorschriften erheblich gestiegen, die bezüglich des Geisteszustandes des Angeklagten und seiner Begutachtung Bestimmungen enthalten. Dabei zeigt sich, dass die in Betracht kommenden Gesetze einer Verbesserung fähig sind, insbesondere hinsichtlich der Anrechnung der Detentionszeit in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit des beobachteten und für gesund erklärten Angeklagten.

Die Psychiatrie ist nicht derartig ausgebildet, dass in allen Fällen ein unzweifelhaftes Gutachten seitens eines Sachverständigen auf Grund einer mehrstündigen Beobachtung des Angeklagten in der Hauptverhandlung oder des Angeschuldigten vor derselben abgegeben werden kann. Der § 81 Str. P. O. bestimmt daher im Abs. 1: Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde. Und im Abs. 4 heisst es: Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

Durch diese prozessuale Anordnung wird also eine Internierung des Angeschuldigten oder Angeklagten zwecks Untersuchung seines Geisteszustandes möglich. Diese Untersuchungszeit ist nicht als Untersuchungshaft im Sinne der Strafprozessordnung anzusehen. Die Bestimmungen über die Untersuchungshaft finden auf diese Internierung durchaus keine Anwendung. Sämmtliche Commentare schweigen sich, soweit ich sehe, über diesen Punkt aus. Eine gegentheilige Ansicht ist mir nicht bekannt. Sie liesse sich auch kaum begründen. Es gelten mithin für die Beobachtungsdetention nach § 81 Str. P. O. nicht die Vorschriften über die Anrechnung der Untersuchungshaft auf die Strafzeit, § 60 Str. G. B., § 482 Str. P. O.; auch § 493 Str. P. O. kann nicht in Betracht kommen, welcher die Anrechnung der nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit anordnet.

Hieraus folgt, dass es an gesetzlichen Bestimmungen über die Anrechnung der Detentionszeit fehlt. Und man wird wohl nicht irre gehen, wenn man dieses Manko aus dem Umstand erklärt, dass der § 81 Str. P. O. erst in einem späten Stadium des Gesetzentwurfes in diesen hineingekommen ist, nämlich erst in den Commissionsberathungen, während er in den Regierungsentwürfen nicht vorhanden war. Wie so häufig, zeigt sich auch hier, dass bei dergleichen späten Einschiebungen nicht alle ihre Consequenzen ausreichend beachtet werden, sonst hätte man wohl noch eine weitere Bestimmung getroffen über die Anrechnung dieser Detentionszeit auf die Strafzeit.

Dass aber eine solche Anrechnung in zahlreichen Fällen angebracht erscheint, ist wohl kaum zu bezweifeln. Insbesondere ist eine Nichtanrechnung unbillig in folgendem Fall. In der Hauptverhandlung oder kurz vorher ergeben sich Zweifel über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten. Der herbeigezogene Sachverständige erklärt, ein Gutachten erst nach genauer Beobachtung in der Irrenanstalt abgeben zu können, und stellt einen Antrag auf Ueberweisung dorthin. Der Staatsanwalt stimmt zu. Der Angeklagte und sein Vertheidiger widersprechen aus dem Grunde, weil selbst bei sofortiger Annahme der Zurechnungsfähigkeit die zu erwartende Strafe — vielleicht nur Geldstrafe — für den auf freiem Fusse befindlichen Angeklagten ein weit geringeres Uebel wäre als die sechswöchentliche Internierung, die ihn und seine Familie brotlos machen kann und die ihm nicht einmal zu gute kommt, wenn er aus der Anstalt als geistig normal entlassen wird. Es ist aber äusserst hart, einem Angeklagten die Kosten der Detention — nach § 497 Str.P.O. — aufzuerlegen und in einer erneuten Hauptverhandlung ihn dann als zurechnungsfähig erklärten Thäter zu Strafe zu verurtheilen, auf die die Detention keine Anrechnung findet.

Es erscheint fraglich, ob die Dententionszeit überhaupt bei Bemessung der Strafzeit in Berück-

sichtigung gezogen werden darf, denn das Gesetz bestimmt ausdrücklich und ausschliesslich nur, dass die Untersuchungshaft in Anrechnung gebracht werden kann. Auch der Richter, der gewillt wäre, auf eine kleinere Strafe zu erkennen, weil der Delinquent mehrere Wochen in der Irrenanstalt war, könnte an der Fassung der bezüglichen Paragraphen berechtigten Anstoss nehmen.

Die Aufnahme einer Bestimmung in die künftige Strafprozessordnung in dem hier dargelegten Sinne erscheint unbedingt erforderlich. Diesem Erforderniss könnte genügt werden durch eine erweiterte Fassung des § 60 Str.G.B., die etwa dahin zu lauten hätte:

Eine erlittene Untersuchungshaft kann bei Fällung des Urtheils auf die erkannte Strafe ganz oder theilweise angerechnet werden. Ebenso die in einer Irrenanstalt verbrachte Beobachtungszeit."

— Die alljährliche **Konferenz der Landesdirectoren und Landeshauptleute der preussischen Monarchie** wird in diesem Jahre in Düsseldorf in den Tagen vom 3. bis 5. Juni abgehalten werden.

— **Eine psychiatrische Klinik für die Universität Breslau.** Ueber eine psychiatrische Klinik für die Universität Breslau ist, wie aus dem stenographischen Bericht über die Sitzung des Abgeordnetenhauses am 11. März hervorgeht, nach einer Bemerkung des Ministerialdirectors Dr. Althoff eine Verständigung der Unterrichtsverwaltung mit der Finanzverwaltung so gut wie gesichert.

— **Hessen.** Wie mitgetheilt wird, dürfte die für Rheinhessen projectirte Irrenanstalt nach Alzey kommen.

— Notiz zur **„zellenlosen Behandlung".** In dem neuesten (XXVI.) Jahrgang der Charité-Annalen giebt Geh. Rath Jolly Erläuterungen zum Neubau der psychiatrischen und Nervenklinik der Kgl. Charité und lässt sich am Schlusse derselben folgendermaassen aus:

„Bezüglich der Isolirzimmer ist zu bemerken, dass dieselben sämmtlich mit Fenstern aus 2 cm dickem durchsichtigem Glas in eisernen Rahmen versehen sind und in üblicher Weise die möglichste Vermeidung scharfer Ecken und Kanten an den Wänden und Thüren erkennen lassen. Im Uebrigen machen sie aber vermöge der Grösse der Fenster einen durchaus zimmerartigen Eindruck, und es besteht die Absicht, sie überwiegend nur als solche zu benutzen, um Kranke, welche durch das Zusammenschlafen mit anderen gestört werden oder diese selbst stören, während der Nacht getrennt schlafen zu lassen. Dass sie gelegentlich auch zur Abschliessung aufgeregter Kranker benutzt werden müssen, ist selbstverständlich. Die „zellenlose Behandlung" bis zu dem Extrem durchzuführen, dass man darauf verzichtet, auch sinnlos verwirrte und aufgeregte Kranke vorübergehend von ihrer Umgebung abzusperren, halte ich vorläufig, so lange nicht bessere Mittel zur Verfügung stehen, für unmöglich. Wohl aber kann ich feststellen, dass wir selbst unter den verhältnissmässig ungünstigen Verhältnissen, wie sie die bisherigen Baueinrichtungen der Charité darboten und trotz des ausserordentlich grossen Materials an acut erkrankten aufgeregten Geisteskranken, Epileptischen und Deliranten, durch systematische Einschränkung der Isolirungen zu auffallend viel günstigeren Verhältnissen gekommen sind, als sie früher bestanden und, ich kann wohl hinzufügen, als wir erwartet hatten. Das extreme Ziel des Fanatiker braucht in dieser Frage ebenso wenig verwirklicht zu werden, wie in der Frage der Alcoholabstinenz. Aber der Fanatismus hat schon oft das Gute gehabt, dass er die Grenzen des wirklich Erreichbaren erheblich weiter hinausrückte, als es der kühlen Ueberlegung zunächst möglich erschien, und wenn in beiden Fragen nur dieser Nutzeffect erzielt wird, so müssen wir den Fanatikern wenigstens mildernde Umstände bewilligen".

Falls die Eiferer der sogenannten „zellenlosen Behandlung" diese Ausführungen in loyaler Weise neben dem früheren Jolly'schen Ausspruch von dem „Stichworte für das neue Jahrhundert" citiren werden, sollen ihnen die mildernden Umstände bewilligt werden.

S.

Referate.

— American Journal of Insanity, April 1901.

1. Francis O. Simpson (Lancaster County Asylum, Rainhill): Some points in the treatment of the chronic insane.

S. bespricht die hygienischen, diätetischen und medicinischen Maassregeln bei der Behandlung chronischer Geisteskranker; das Pavillonsystem scheint hier zu kostspielig. Er hält es für weiser, die Kranken in einfacheren und weniger grossartigen Gebäuden zu halten, sie in eine Umgebung zu bringen, welche mehr ihren früheren Gewohnheiten entsprechen und das Geld, welches so erspart wird, für die Vermehrung der Aerzte und Wärter zu verwenden. Doch ist dies nach Ansicht des Ref. sehr wohl mit dem Pavillonsystem vereinbar, wenn nur nicht prunkende Villen, sondern ganz einfache Landhäuser gebaut werden.

Wenn S. behauptet, dass auf dem Festlande auf 105 Kranke etwa 1 Arzt kommt, so wüsste ich nicht wo (abgesehen von den Kliniken) dieses Verhältniss erreicht ist. Wünschenswerth ist dieses Verhältniss ohne Frage und er fordert mit Recht eine wesentliche Vermehrung der Aerzte (in Rainhill kommt 1 Arzt auf über 400 Kranke). Desgleichen hält er die Besserstellung (in Rainhill ca. 9—10 M. wöchentlich Gehalt) und Vermehrung des Wartepersonals und ferner auch die Vermehrung des Personals für nöthig, damit die Kranken in ausreichender Weise zur Beschäftigung gezogen und angehalten werden können.

Die Bemerkungen über Abfuhr, Beleuchtung und Ventilation bieten nichts Neues.

In Bezug auf die Ernährung der Kranken fordert S. grössere Abwechslung des Speisezettels und Rücksichtnahme auf die Gewohnheiten der Kranken; tägliche Verabreichung von Fleisch in irgend einer Form würde auch die Hinfälligkeit und Morbidität herabsetzen; die miserable Ernährung in der Irischen Anstalt finde ihren sprechenden Ausdruck in der er-

schrecklichen Sterblichkeit an Tuberkulose. Die Epileptiker sollten eine rein vegetarische Diät bekommen.

Von Getränken sei die Wahl zwischen Thee, Kaffee und Cacao zu lassen, von denen jedoch das letztere das zweckmässigste sei. Den Werth der Milch hebt S. nicht genügend hervor. — Was die alkoholischen Getränke betrifft, so erklärt S.: „Die Abschaffung des Bieres bei den Mahlzeiten ist so erfolgreich gewesen, dass es unnöthig ist eine Praxis zu besprechen, welche einmüthig angenommen worden ist. Es genügt zu bemerken, dass die Verabreichung von Alkohol an Geisteskranke in irgend einer Form (mit Ausnahme bei schweren körperlichen Erkrankungen als Medicin) zu verurtheilen ist". Eine Untersuchung über den Einfluss des Alkohols auf die Entstehung von Geistesstörungen hat ihm etwa dreimal so hohe Procentzahlen ergeben als die officiellen Daten zeigen.

Was schliesslich die medicinische Behandlung der Geisteskranken betrifft, so ist S. ein warmer Vertheidiger der Isolirungen und der Schlafmittel. Von dem eigentlichen Wesen der Wachsaalbehandlung scheint S. keine Ahnung zu haben. Indem er auf eine (wahrscheinlich englische) Arbeit Bezug nimmt, in welcher der Autor behauptet, dass die chronischen Kranken von ihren lärmenden, zerstörenden und schmutzigen Gewohnheiten durch Unterbringung in helle Schlafräume mit Nachtwärtern geheilt werden können, wirft er die Frage auf, wie die Gegenwart einer Wartperson oder eines Lichtes auf die jahrelangen üblen Gewohnheiten oder Degeneration einen Einfluss ausüben soll, und weist, um die Unmöglichkeit des Verfahrens zu demonstriren, auf einen Versuch des Directors von Hawkhead, Dr. Watson hin, welcher eines Abends 16 weibliche Kranke, die wegen ihres lärmenden, gewaltthätigen und störenden Verhaltens bisher regelmässig in Zellen geschlafen hatten, in einen hellen Schlafraum unter Aufsicht von 3 Wärterinnen legte und natürlich bei dieser ingeniösen Inscenirung des Versuchs denselben schon nach einer Stunde mit einem glänzenden Misserfolg abschloss.

Als Schlafmittel empfiehlt S. Chloral, Hyoscyamin und Hyoscin, warnt aber vor dem regelmässigen Gebrauch, bei unruhigen Kranken mit seniler Demenz Paraldehyd, bei chronisch lärmenden Kranken eine „grüne Mixtur" aus Kal. brom. und Tinctura Canabis Indic. zu gleichen Theilen, besonders bei Frauen, Sulphonal, Trional etc.

Zuletzt bespricht S. die Epilepsie ohne neue Gesichtspunkte beizubringen.

2. William H. Buckler: Notes on the contracts and torts of lunatics with special reforme to the law of Maryland.

Bietet für deutsche Leser nichts besonderes Interessantes.

3. J. F. Learcy (Tuscaloosa): Heredity.

Allgemeine Betrachtungen über Erblichkeit vom biologischen Standpunkt.

George J. Preston (Baltimore): Insane or criminal?

Eine 41jährige begabte und tüchtige Lehrerin von besserem Ruf, war gelegentlich der Uebersetzung eines wissenschaftlichen Buches an die Spitze eines grossen literarischen Unternehmens getreten, für welches ihr innerhalb 6 oder 7 Jahre 150000 Dollar anvertraut wurden, wovon aber die Actieninhaber nur die Hälfte als Dividende zurückbekamen. Das Uebrige war spurlos verschwunden, ohne dass die Dame Auskunft über den Verbleib des Geldes geben konnte und ohne dass sie es für sich verbraucht hatte, da sie ausserordentlich einfach lebte. Sie selbst sträubte sich für geisteskrank gehalten zu werden, und es war auch kein deutliches Zeichen der Geistesstörung bei ihr zu finden mit Ausnahme einer grossen Gleichgültigkeit gegen ihr Schicksal und hartnäckigstem Festhalten an der Ansicht, dass das Geld sich aus dem (fingirten) Unternehmen schon wieder finden werde. Sie wurde zu 5 Jahren Gefängniss verurtheilt.

P. lässt die Frage offen, ob die Lehrerin von andern Personen, welche sie für ihre Zwecke benutzt hatten, vorgeschoben und dirigirt worden war, oder ob es sich um Geisteskrankheit handelt.

5. A. R. Moulton (Philadelphia): Death of an insane man from fracture of skull and haemorrhage of the brain; skull abnormaly thin.

Es handelt sich um einen 59jährigen Mann, der eine Zeit lang stark getrunken hatte und wegen Unruhe und Grössenideen in die Anstalt gebracht worden war, wo er zeitweise sehr erregt und obscoen war. Eines Morgens wurde derselbe tot auf dem Rücken liegend neben seinem Bett gefunden. Er war jedenfalls beim Verlassen des Bettes hingestürzt und hatte sich, wie die Sektion ergab, einen Bruch des besonders an der Fossa posterior und den Seitentheilen hinter dem äussern Gehörgange äusserst dünnen Schädel zugezogen. Die Schädelbasis zeigte 2 Brüche. Starke Blutklumpen bedeckten die linke Stirn- und die rechte Parietal- und Occipitalgegend. Ferner zeigten sich neben allgemeiner Atheromatose aller Gefässe im linken Stirnlappen und im linken Kleinhirn Erweichungsherde.

6. E. B. Delabarre: The relation of mental content to nervous activity.

7. Richard Dewey: Mental therapeutics in nervous and mental disease.

D. bespricht in diesem Vortrage den Werth und die Anwendung der Suggestion bei Nerven- und Geistesstörungen und erläutert seine Ausführungen durch zahlreiche Beispiele.

8. Chac. A. Drews (Massachusets): Signs of degeneracy and types of the criminal insane.

D. wendet sich mit viel Humor gegen die Auswüchse der Lehre von den Degenerationszeichen, welche schon geringe Abweichungen von der angeblichen Norm als Stigmata der Entartung auffasse und so bei Geisteskranken und Verbrechern zu grossen Zahlen komme. D. erkennt nur sehr deutliche und augenfällige Abweichungen als Degenerationszeichen an und hat so unter den letzten 100 Aufnahmen in der Staatsanstalt für geisteskranke Verbrecher in Massachusets 44 mit Schädelabnormitäten, 40 mit verbildeten Ohren, 30 mit abnormer Gaumenbildung gefunden. Würde er nach den Beispiel anderer Autoren verfahren sein, so hätte er kaum 25 % normal

gesunde und 90 % hätten als Besitzer von degenerirten Ohrformen bezeichnet werden müssen. 8 Fälle von ausgesprochener Degeneration werden kurz beschrieben und ihre Photographien nebst Schädeldiagrammen beigefügt. Hoppe.

— Silberschmidt, W. Zur Auslegung von § 6 Ziffer 1. B. G. B. Das Recht. 1901. Nr. 22.

Nach § 6 Ziffer 1 ist Voraussetzung der Entmündigung:

1) dass jemand seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;

2) dass Geisteskrankheit oder Geistesschwäche Schuld hieran trägt.

Es ist leicht begreiflich, dass der Jurist bei der ersten Frage einsetzt, während der ärztliche Sachverständige zuerst die zweite Frage entscheidet.

Nach zwei grundlegenden Entscheidungen des Reichsgerichts sind unter den Worten „seine Angelegenheiten" alle Angelegenheiten zu verstehen. Wenn also der zu Entmündigende nur einzelne Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis von solchen zu besorgen ausser stande ist, treffen die Voraussetzungen einer Pflegschaft gemäss § 1900 Abs. 2, nicht aber die der Entmündigung zu. Wenn auch Angelegenheiten nicht ausschliesslich Vermögensangelegenheiten betreffen, so ist es doch zu weit gegangen, sie auch auf strafrechtliche und öffentlich-rechtliche Interessen auszudehnen. Mit Samter trennt auch er die Frage der Gemeingefährlichkeit völlig von der der Entmündigung. Eine andere Frage hinwiederum ist die, ob Jemand, der wegen Gemeingefährlichkeit dauernd aus Gründen der öffentlichen Sicherheit etc. in einer Irrenanstalt versorgt ist, hierdurch verhindert ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, wobei aber wiederum zu erwägen ist, dass es sich um die Gesammtheit der Angelegenheiten handelt." Der Kranke, der insbesondere seine Vermögensangelegenheiten zu besorgen in der Lage ist, darf nicht entmündigt werden.

Ebenso ist auch die Frage der Delictsfähigkeit von der der Geschäftsfähigkeit, mit der allein bei der Entmündigung gerechnet wird, zu trennen.

Die Frage, ob das Unvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten vorliegt und ob diese durch die etwa vorhandene Geistesstörung bedingt ist, hat der Richter vollständig selbständig zu lösen.

Ernst Schultze.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik, von Pf. Hanns Gross, VIII. Bd., 1. Heft, Dezember 1901.

Welchen Werth diese bedeutende Zeitschrift für den gerichtlichen Medicus hat, zeigt das Verzeichniss der bereits erschienenen Abhandlungen, von denen wir nur die für die Psychiatrie wichtigen hier anführen:

I. Bd. Höfler, Zurechnungsfähigkeit.

II. Bd. Gross: Reflexoide Handlungen, Levinsohn: Identität.

III. Bd. Näcke: Richter und Sachverständiger, Altmann und Nemanowitsch: Sadismus, Homosexualität u. A.

V. Bd. v. Schrenck-Notzing: Suggestion, Rosenblatt: Mord oder Selbstmord, eine Warnung für Gerichtsärzte, Kautzner: Aus der gerichtsärztlichen Praxis.

VII. Bd. v. Schrenck-Notzing: Fall Mainone, Gross: Reflectoides Handeln etc.

Obiges Heft enthält u. A. einen Fall von „Betrug in Sinnesverwirrung" von Pollak, in dem die Angeklagte, die unter zureichenden Motiven mit Ueberlegung versucht hatte, einen Schmuck zu unterschlagen, auf Grund eines ausgezeichneten Gutachtens als hysterisch (bei gleichzeitiger unehel. Schwangerschaft) ausser Verfolgung gesetzt wurde. Schrenck-Notzing bespricht unter Hinzufügung eigener Beobachtungen die Frage nach der „verminderten Zurechnungsfähigkeit", Näcke den Verlauf des V. Congresses für Krim.-Anthrop. in Amsterdam. Aus den zahlreichen Referaten und kleineren Mittheilungen sei hervorgehoben: Gross: Beweis durch Photographien (betr. die Phot. mit aufgesetzten Köpfen, die im Ernstfalle, z. B. Momentphotographie bei Untreue grosses Unheil anrichten könnten). H. Kornfeld.

Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1902, Januar/Februar.

Ziehen: Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie (Dementia praecox).

Hulst: Een geval van dementia paralytica als paranoia hallucinatoria debuteerend.

Meeus: Een katatonisch geval van dementia präcox.

Bouman: De verpleging van Patienten, lijdende aan dementia senilis

Wertheim Salomonson: Bijdrage tot de kennis van de theorie van den Resonoteur van Oudin.

Verslag der Commissie ter omschrijving der ziektevormen der tegenwoordige Nomenclatuur.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Kgr. Sachsen. Oberarzt Dr. Krell am 1. Jan. als design. Director von Hochweitzschen nach Grossschweidnitz versetzt; mit dem 1. April werden versetzt: Oberarzt Dr. Ilberg von Sonnenstein, Dr. Arnemann von Zschadrass, Dr. Heinicke und Dr. Hahn von Hubertusburg nach Grossschweidnitz; Dr. Klemm von Hochweitzschen, Dr. Goetze von Colditz nach Zschadrass; Oberarzt Dr. Frühstück von Colditz nach Hochweitzschen; Oberarzt Dr. Kellner von Hubertusburg nach Untergöltzsch.

— Der vortragende Rath im preuss. Kultusministerium Geheimer Oberregierungsrath Förster ist zum Ministerialdirector der Med.-Abtheilung und Wirklichen Geheimen Oberregierungsrath mit dem Range der Räthe erster Classe ernannt.

Das Inhalts-Verzeichniss des III. Jahrganges der „Psychiatrischen Wochenschrift" wird der nächsten Nummer beigegeben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton**, Graz, **Prof. Dr. L. Edinger**, Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin, **Dr. P. J. Möbius**, Leipzig, **Director Dr. Morel**, Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 2. 12. April. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Psychische Aberration. Psychopathie.*)

Von Sanitäts-Rath Dr. *Alfons Bilharz*-Sigmaringen.

Wir haben es bisher als unsere Hauptaufgabe erachtet, an allen möglichen Punkten die dünne Rasendecke der Erscheinungen abzuheben und unmittelbar darunter das gleichartige Grundwasser der Metaphysik, als eines Erklärungsgrundes, hervortreten zu lassen; was eben heisst: Physik auf Metaphysik zurückführen oder Physik aus Metaphysik deduciren oder erklären. Wir können daher in einer Lehre vom Leben an seinen krankhaften Erscheinungen nicht vorübergehen, obwohl sie gewöhnlich eine weitabliegende Disciplin ausmachen; besonders aber deswegen nicht, weil die metaphysische Erklärung oder Auffassung, die wir hier vertreten wollen, anderen Orts, d. h. ohne den innigsten Zusammenhang mit Metaphysik, gar nicht verstanden werden würde.

Den sichersten Leitfaden, damit gleich der erste, wichtigste Schritt in der Beurtheilung der psychischen Entgleisung richtig ausfalle, bietet uns die Thatsache, dass sie, wie die sittliche Entgleisung, nur beim vernunftbegabten Wesen, dem Menschen, vorkommt. Psychopathie, wie Ethopathie, ist an den Besitz der Vernunft, also der Sprache, geknüpft. Irrsinn und Verbrechen, im Leben oft so schwer auseinander zu halten, erweisen sich, als Vernunftkrankheiten, auch als metaphysisch verwandt; verschieden nur nach den Weltaxen, in denen sie verlaufen, also wie Inhalt und Form, und daher rechtwinkelig aufeinander.

In der That ist durch die Sprache, d. h. durch die Erschaffung einer zweiten Welt von Objecten (deren Uebereinstimmung mit der Welt der Wirklichkeit keineswegs immer gewährleistet ist), durch die Herstellung einer fast unbegrenzten Menge von Differentialbegriffen verschiedener Ordnung gegenüber der gegebenen Welt integraler Vorstellungen, ein zweites Mal die gefährliche Möglichkeit des Bruches des

*) Als besonderes Kapitel erschienen in des Verfassers eben erschienenem Werke: „Die Lehre vom Leben", Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1902, 502 S. Die Lektüre obigen Aufsatzes setzt diejenige dieses hochinteressanten Werkes voraus, bezw. muss nebenhergehen.

ethophysischen Gesetzes gegeben, das (als Ausdruck der Welthälftigkeit des Gegensatzpaares der metaphysischen Seinsgrösse) Anspruch auf unverbrüchliche Allgemeingültigkeit machen darf. Denn so wenig Leben (Bewusstsein) bei Zerfall des Subjectpunctes bestehen kann, so wenig darf ihm ein doppelter Objectpunct entsprechen: in beiden Fällen ist der Bestand des künstlichen Staatengebildes, das eine Welthälfte darstellt, bedroht.

Die tägliche Erfahrung lehrt, dass dies schon beim gewöhnlichen Verstandesirrthum der Fall ist. Wer einen Wolf für einen Schäferhund, das Trugbild der Wüste für Wasser hält, der wird für sein Leben Gefahr laufen. Bleibt es bestehen, so sind solche Irrthümer leicht zu verbessern; man nennt dies Erfahrungen sammeln, durch Erfahrung klug werden.

Sinneserkenntniss ist Verwandlung (also enantiale Uebereinstimmung) des subjectiven Forminhalts der Empfindung in die subjective Inhaltsform der Zeiträumlichkeit, die mit der objectiven Inhaltsform identisch ist. In diesem Punct findet sich das ethophysische Gesetz verwirklicht: zwischen der auf den Bewusstseinsmittelpunct hinbezogenen, also vorbewussten und daher dem Sein angehörigen Empfindung und der daraus gemachten Vorstellung besteht die vollkommene Uebereinstimmung, wie sie uns in der Synthese des Quadrates, als dem Bild des Begriffs überhaupt, vorgeführt wird. In diesem Punct wurzelt auch das, was sowohl an der monistischen Welttheorie, als auch an der Identitätsphilosophie Schelling's*) richtig ist: die Uebereinstimmung oder (enantiale) Identität zwischen metaphysischer und physischer Form.

Die ethophysische Uebereinstimmung wird auch dann nicht verletzt, wenn thatsächlich eine Verschiedenheit der Empfindung vorkommt; wenn z. B. bei einem Zusammensein von Grau und Blau ein Auge nur grau**) empfindet, also für Blau farbenblind ist. Hier liegt kein Irrthum, sondern eine Mangelhaftigkeit in der Organisation, ein Mangel an Unterscheidungskraft der Sinne vor. Die Synthese vollzieht sich in der reinen Zeitlinie, und diese führt Nothwendigkeit bei sich. Irrthum kommt in das sinnliche Erkennen erst dann, wenn der Verstand sich über die flächenhaften Sinnesdaten hermacht und sie im Raum, also gesetzlos-willkürlich, zu einem dreidimensionalen, pseudoinhaltlichen Gebilde, einem Helmholtz'schen Begriff vereinigt.

Die Verstandesirrthümer, denen auch die geschärften Sinne der Thiere unterliegen, verschwinden aber gänzlich vor der ungeheuren Masse der Vernunftirrthümer, die auf einem falschen Differentiationsverfahren beruhen. Die sprachliche Bildung abstractiver Begriffe hat es nicht so gut, wie die mathematische Differentiation. So gross ist der Unterschied, dass die Wesensverwandtschaft beider Vorgänge bisher überhaupt nicht erkannt worden ist; weder die Bildung von Wortbegriffen als einer Differentiation, noch das Wesen der Differentiation als einer successiven Abstossung einer Dimension. Die mathematische Differentiation sucht den im Begriff der Constanten liegenden Inhalt aus der (gleichgültigen) Form durch wiederholte Abstossung der formalen Dimensionen herauszuschälen. Da Inhalt auf Form, als reiner conträrer Gegensatz, rechtwinkelig steht, so muss das mathematische Verfahren, um dem Enantialsatz oder dem ethophysischen Gesetz zu entsprechen, demgemäss verfahren: die Rectangularität ihres Verfahrens liegt denn auch sowohl in der Gleichung, als auch in der analytisch-geometrischen Curve überall zu Tage; ein Irrthum kann nicht stattfinden.

Trotz der Geschicklichkeit der Mathematiker in ihrer Kunst, sind sie doch, kleinlaut gemacht durch den bereitwillig verschluckten Widerspruch des Unendlich-Kleinen, und wie hypnotisirt durch das ewige Hinstarren auf die räthselhaft-fascinirende Gestalt des Bruches $\frac{dy}{dx}$, hinter den Sinn ihres hierophantischen Verfahrens nie gekommen. Angesichts der Wichtigkeit der Sache sei mir folgende Abschweifung gestattet.

Ihre Unfähigkeit, erkenntnisstheoretisch richtig zu denken, verrathen die „unendlich kleinen" Mathematiker deutlich darin, dass sie mit Verachtung aller erkenntnisstheoretischen Grenzen schreiben:

$$\int dy = \int a \cdot dx,$$

während es heissen muss:

$$\int \frac{dy}{dx} = a,$$

oder

$$y = a\,x.$$

Folgende anschauliche Nebeneinanderstellung der zwei mathematischen Sprachen giebt ein deutliches Bild ihres Unterschiedes:

*) Schelling hielt es für seine Lebensaufgabe, den philosophischen Dualismus zu überwinden: „Unser Geist strebt nach Einheit im System seiner Erkenntnisse." Er hat es sehr verkehrt angefangen und vollendet. Wer aber nicht wenigstens eine Faser der Wahrheit in Händen hat: wo sollte er die Kraft und den Muth hernehmen, ein so gewaltiges Werk wie ein System der Philosophie durchzuführen?

**) Empfindungen können natürlich nicht selbst verglichen, nur aus der Gleichheit oder Verschiedenheit des Eindrucks kann auf das Qualitative geschlossen werden.

Differentialrechnung	Gewöhnliche Mathematik
$\frac{dy}{dx} =$ *A*	≿ $= \frac{y}{x}$

links die Sprache der Metaphysik, das Unausgedehnte, Punctuelle, Constante, der Inhalt (*A*); rechts die Sprache der Physik, das Ausgedehnte, Veränderliche, die Form, das Integral (≿).

Man sieht, dass man mit der Grösse ≿ = ——, dem Handschuh für die constante Hand *A*, machen kann, was man will, umstülpen, einstülpen, zusammenlegen, zusammenrollen, auseinanderwickeln, aufblasen: immer bleibt es dasselbe, so lange *A* besteht, d. h. so lange dasselbe metaphysische Wesen hinter der Erscheinung steht; so lange der Enantialsatz die Gleichwerthigkeit aller dieser Formumwandlungen verbürgt, und so lange sein eisernes Gesetz auch die kleinste Abweichung eines Zuviel oder Zuwenig verwehrt. Man erkennt aufs Deutlichste den Fehler, eine mathematische Gleichung ein synthetisches Urtheil zu nennen, und erkennt das Gleichgültige aller Manipulationen mit endlichen Werthen der Veränderlichen.

Ich glaube, dass die Einsicht in die Gleichgültigkeit der mathematischen Formumwandlungen, der Zeiträumlichkeit eines Vorgangs in Hinsicht auf den Werth der Sache selbst, den Gedanken der Differentialrechnung im Kopf des grossen Newton zuerst erzeugt habe: er wollte alle Verschiedenheiten der zeiträumlichen Daten in einem einzigen Denkact zusammendenken und so von ihnen abstrahiren.

So erhielt er, im Falle der astronomischen Centralbewegung, die constante Beziehung der Weltkörper zu einander ganz unabhängig von ihrer jeweiligen Lage, die vielmehr von jener bestimmt wird. Er musste dabei offenbar aus der Schwereebene, in der die zeiträumliche Ausdehnung (= Bewegung) vor sich geht, gänzlich heraustreten, sich also senkrecht dazu stellen. Er schaute, entfremdet, in eine neue Welt des Wesens selbst hinein, in die einst der Künstler-Philosoph Plato hineingesehen hatte; wo die Ideen, die Geister der Erschlagenen, die Schiller'sche „Gestalt" hausen; das Land der „intellectuellen Anschauung," wo die höchste Abstractionskraft den Sieg über sich selber feiern darf, ohne Widerspruch.

Diese zusammenschauende, synthetische, genialisch-künstlerische Newton'sche Art der Differentiation ist die eigentliche Sprache der Metaphysik, der Lehre vom Inhalt, der Vereinigung aller Formen, und führt auch allein zum Verständniss des Wesens dieser Rechnungsart. Newton bedurfte für seine Flucht aus der Welt der Veränderlichkeit in die Welt der Constanz keiner besonderen Ausdrucksweise; wohl aber bedurfte einer solchen der dissecirende Verstand eines Leibniz, der sie auch fand. Der Gedanke war leicht und secundär: was für jede Zeit gilt, das gilt auch für den Zeitpunct, die ausdehnungslose Zeit, das „Zeitdifferential": damit war die Sprache der Metaphysik in eine Rechnungsart verwandelt und in ein Lehrgebäude, wie eine solche zu erlernen sei.

In der That führen, wie *tang 0°* und *tang 90°* zeigen, zwei Thore aus der Zeitlichkeit oder der Welt des Veränderlichen hinaus, deren gleichwerthige Grenzen Null und Unendlich sind. Doch ist ein Unterschied: das zur Einheit und Constanz zusammengefasste Unendliche ist etwas; der Gedanke kann sich daran festhalten und jenseits der Veränderlichkeit sich ein Gebiet von constanten Werthen wohl vorstellen. Mit der Null aber kann man gar nichts anfangen. Die Mathematiker wären die Letzten gewesen, zur Begründung ihres stolzen Gebäudes ein so unsicheres Ding, wie die Metaphysik, zu Hülfe zu rufen, und sicherlich hatten weder Leibniz noch seine Schüler eine Ahnung davon, dass sie sich mit ihren Differentialgleichungen in eine neue und gänzlich verschiedene Welt hinein begeben.

Man kann, wenn man will, den Gedanken der Differentialrechnung bis zu Diophantes zurück verfolgen, der zuerst in der Gleichung etwas Constantes und etwas Veränderliches unterschied. Nach Decartes' grosser synthetischer That war ihre Entdeckung nur noch eine Frage der Zeit: die Gleichung selbst wurde zum Gesetz der Curve. Leibniz übersetzte Newton's Gedanken, vor dessen zusammenschauendem Blick die Grenze zwischen Physik und Methaphysik verschwand, in das mathematische Schlagwerk und gab der Constanzbetrachtung die streng mathematische Form; freilich um einen ungeheuren Preis, den zu entrichten dem gewandten Philosophen vielleicht selbst nicht so schwer ankam, um so schwerer aber allen Denen, die, ohne das Opfer des Verstandes bringen zu können, seine Schüler werden wollten: nämlich um den Preis, den Unendlichkeitsbegriff (um der Null zu entgehen) in die Welt der Endlichkeit hinein zu tragen. Die philosophischen Winkelzüge der Mathematiker in der Beschönigung dieses Gewaltstreichs sind einfach schändlich. Aber so fest ist das Gefüge der mathe-

matischen Form, dass man ohne Verständniss der Sache Differentiiren lernen kann, wenn man sich nur entschlossen hat, jenen Widerspruch mit Haut und Haaren hinunter zu schlucken. Indessen irren heute noch Schüler umher mit der Frage, was man denn eigentlich mit der Differentialrechnung wolle, und erhalten keine Antwort. Die Thatsache der Differentialrechnung ist der starke Schild, hinter den sich die erhabene Unnahbarkeit des Meisters verbirgt; erst klagt der Schüler seinen dummen Verstand an; später, in seiner Kunst geübt, setzt er mit Lust das mathematische Schlagwerk in Gang, ohne sich mehr an die schweren Stunden des Eintritts in die höhere Mathematik zu erinnern, d. h. des Eintritts in die Metaphysik, ohne es zu wissen! Ich habe schon anderwärts hervorgehoben, dass es dem ausgezeichneten Mathematiker P. Dannegger durch den Begriff der Constanz gelungen ist, sich ganz selbständig einen Weg zum Verständniss der Differentialrechnung zu bahnen, indem eben der Begriff der Constanz ihn befähigte, den Differentialquotienten als das aufzufassen, was er ist, nämlich als blosses Zeichen, den Rückweg zum Integral wieder zu finden *)

Denn, worauf die mathematische Differentiation immer ausgeht, das ist, die Constanz aus der Hülle der Zeitlichkeit successive herauszuschälen. Sie verwandelt den Cubus in die Fläche, die Fläche in eine Ordinate. **) Differentiiren heisst Hinausdenken, Abstrahiren, Dimensionen wie Geweihe abwerfen, die in der Frühlingswelt der Integration von neuem wachsen sollen; z. B.

$$y = a \cdot x \cdot x$$
$$\frac{dy}{dx} = 2a \cdot x$$
$$\frac{d^2y}{dx^2} = 2a.$$

Ich füge diesem parenthetischen Streifzug ins Gebiet der Mathematik noch hinzu, dass die Verhältnissanalogie der Differentialrechnung und der Variationsrechnung des Lagrange einerseits, und der zeitlich-physischen und der zeitlos-metaphysischen Erkenntniss andererseits, — das Recht, das Metaphysik verleiht, in ihr Gebiet der Constanz auch den Begriff der Veränderlichkeit zu übertragen, nur eben nicht den Begriff der zeitlichen Veränderlichkeit, — eine der schönsten Coincidenzen der Wissenschaft ist, die es geben kann; deren Werthschätzung aber mehr philo-

*) Dannegger hat, abgesehen von der von ihm und mir gemeinschaftlich herausgegebenen Schrift „Metaphysische Anfangsgründe der mathematischen Wissenschaften", seine Gedanken nur noch in einem Schulprogramm der Ackerbauschule zu Sigmaringen niedergelegt. Er behandelt darin die Frage, wie weit man von den Grundsätzen der höheren Mathematik schon in den niederen Schulen Gebrauch machen könne und zeigt die Möglichkeit an mehreren Beispielen. Dass dies jetzt geschehen müsse, wenn Metaphysik eine Wissenschaft, und Differentialrechnung ihre Sprache ist, steht ausser Frage. Man gelangt zum Verständniss der höheren Mathematik nicht durch die niedere, sondern umgekehrt; wie Metaphysik Physik erklärt, nicht umgekehrt.

**) Ein Mathematiker machte gegen meine Definition der Differentiation die Einwendung, dass sie zu enge sei, nur die Potenzen betreffe, aber z. B. die Gleichung $y = e^x$ nicht berühre, deren Ableitungen $f''(e^x)$ u. s. w. immer wieder $= e^x$ seien. Der geehrte Kritiker bemerkte nicht, welche Blösse er sich gab. Denn er konnte sich wohl hinter den Schirm flüchten, selbst nicht zu wissen, was für ein Vorgang bei der Differentiation stattfinde, nicht gut aber, dass überhaupt nichts vorgehe, wofür sein Beispiel doch zu sprechen scheint. Sicherlich wäre seine Definition, wie sie auch lauten mochte, alsdann ebenfalls zu enge ausgefallen. Noch weniger aber wird ihm bewusst gewesen sein, dass sein Beispiel eine glänzende Bestätigung meiner Auffassung enthält. e^x ist eine Constante, die in unbestimmt vielen Dimensionen ausgedehnt ist. Ertheilt man x einen endlichen Werth, so verwandelt sich der Ausdruck in eine constante Grösse, die auch mein Gegner nicht wird differentiiren wollen. Das Beispiel gilt also nur für $x = \infty$, und nun möge er anfangen zu differentiiren oder, nach meiner Angabe, zu dedimensioniren, ein e nach dem anderen abzuwerfen, und möge dabei die Geduld nicht verlieren. Was herauskommt, ist in der That immer wieder die Grösse e^x; er kommt dem Ziel (e^1) nicht näher.

Dasselbe zeigt sich bei der Differentiation der Kreisfunctionen. Da die Differentialrechnung, wie wir oben sagten, die Sprache der Metaphysik ist, d. h. durch fortgesetztes Abstossen der formalen Dimensionen den Inhalt herausschält, Inhalt aber auf Form senkrecht steht, so ist klar, dass die Differentialconstante des Sinus nur immer wieder der Cosinus sein kann, und umgekehrt

Die Discussion des Ausdrucks e^x giebt Anlass zu einer weiteren Bemerkung. Nach Obigem ist es ebensowohl ein Differential als ein Integral und ist in diesem Sinne der adaequate Ausdruck für die metaphysische Seinsgrösse. Wir hatten schon oben (im II. Theil) gesagt, im Verhältniss zum formalen, dreidimensionalen, physischen Pseudoinhalt müsse das metaphysische Inhalts-Integral als Körper von unendlich vielen Dimensionen aufgefasst werden, da es ja auf allen Punkten von seinem Gegensatz, dem Object, umgeben ist. Wir hatten ferner durch die Figur 9, Seite 176, erläutert, dass Wegnahme oder Hinzufügen von Dimensionen an der metaphysischen Seinsgrösse nichts ändere; dass ein eigentliches Differentiiren oder Integriren hierbei nicht stattfinde, und zwar deswegen nicht, weil das Metaphysische die Zeit nicht enthält, nur im Raum veränderlich ist. Hierüber spricht sich nun der Ausdruck e^x, als Träger einer constanten Seinsgrösse e, mit aller Deutlichkeit aus.

Man wird der Sprache der Mathematik, diesem vollkommensten Werkzeug des menschlichen Geistes, die Bewunderung nicht versagen können. Sie giebt auch da eine richtige Antwort, wo die ihr vorgelegte Aufgabe ihre Tragweite überschreitet. Metaphysik aber ist im Stande, die todte Form mit dem herrlichsten Inhalt anzufüllen.

sophisches Verständniss der Mathematik voraussetzt, als die vereinigten Wissenschaften der Mathematik, Philosophie und Naturwissenschaft bisher aus sich hervorgebracht haben.

Vergleicht man nun mit dem Abstractionsvorgang der mathematischen Differentiation die sprachliche Begriffsbildung, die den Menschen befähigt, auch ohne Gegenwart des Helmholtz'schen Integralbegriffs oder des sinnlichen Objects eine Vorstellung davon in sich hervorzurufen, so bemerkt man sofort die Aehnlichkeit und die Verschiedenheit des Vorganges.

Zuerst wird die erste Dimension der Empfindungsgrösse abgestossen, und an ihre Stelle tritt (dem Differentialquotienten entsprechend) ein Zeichen, das die Rückkehr zur Integration wieder möglich macht: der articulirte Laut. So ist aus dem dreidimensionalen Vorstellungsgebilde eines bestimmten einhufigen Thieres der zweidimensionale Begriff „Pferd" entstanden, aus dem also, bis auf das wesentliche oder characteristische Prädicat der Einhufigkeit, alle anderen Formalbestimmungen hinausgedacht worden sind, und der demgemäss alle Einzelvorstellungen, wenn sie nur dem characteristischen Prädicat Genüge leisten, in sich befassen kann. In dieser zweidimensionalen Gestalt entspricht der differentiirte logocentrische Begriff der metaphysischen Synthese aus Inhalt und Form: $A \cdot$ [illegible] $= A^2$, d. h. einem Begriff überhaupt, und man übersieht sofort, dass der Einheitstrieb der analytischen Vernunftthätigkeit sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen werde, den Abstossungsvorgang noch einmal zu wiederholen, ein zweites Mal zu differentiiren und sich zur Bestimmung des Begriffs mit der einfachen Grösse A genügen zu lassen; in diesem Fall mit der wesentlichen Begriffsbestimmung der Einhufigkeit = [illegible]. So entstehen sämmtliche substantivirte Eigenschaftsbegriffe, die in so ungeheurer Anzahl das logocentrische Gebiet bevölkern: sie sind die Producte einer wiederholten Differentiation, aus der die wesentliche Bestimmung übrig geblieben ist.

Bis hierher ist die Analogie der zwei verglichenen Verfahrungsweisen so vollständig, dass man nicht nur berechtigt ist, die sprachbegriffliche Abstraction Differentiation zu nennen, sondern auch als das gemeinsame Wesen der Differentiation überhaupt das successiv wiederholte Abstossen der Dimensionen eines Begriffs, bis zur übrigbleibenden letzten Dimension, anzusehen.

Aber die erkenntnisstheoretisch überaus wichtigen Unterschiede müssen andererseits gebührend hervorgehoben werden.

Ihrem apriorischen*), d. h. auf Metalogik und Metaphysik zurückverweisenden Character und ihrem subjectiven, vom Object ganz unabhängigen Ursprung getreu, verfährt Mathematik in allen Punkten correct: aus den tausenderlei formalen Umhüllungen schält sie den Inhalt heraus, der sich in der zuletzt übrig bleibenden constanten Grösse darstellt; der ganze Process ist durchsichtig und klar von Anfang bis zu Ende. Bei der aposteriorischen Erkenntniss tritt vor allem die Umkehrung des noocentrischen Standpunkts, der sogenannte geocentrische Irrthum, in die Quere, der das letzte Glied der durch und durch formalen Begriffssynthese für einen Seinsinhalt und die Vorstellung für das die Empfindung und Vorstellung erzeugende Object nimmt. Die ganze Welt wird dadurch auf den Kopf gestellt, (wie denn ein Mensch, der sich auf meiner Retina präsentirt, thatsächlich auf dem Kopf steht,) und es kostet Mühe, die Begriffsverschiebungen erkenntnisstheoretisch richtig zu stellen. Was überhaupt an metaphysischem Inhalt in der ganzen Synthese enthalten ist, steck im Forminhalt der Empfindung, dem erstgegebenen Element; gerade dieses aber wird in der sprachlichen Differentiation zuerst entfernt, und der logocentrische Inhaltsbegriff wird dem allerunsichersten, weil nur räumlich-synthetischen, Element der dritten Dimension übertragen. Diese kann dann ebenfalls entfernt werden, und übrig bleibt als wesentlicher Bestandtheil des ganzen Begriffs, nicht etwa ein Element des Seins, sondern die Form der Form, die bestimmende Eigenschaft, die vorletzte Dimension.

In dieser Durchbrechung und Verwirrung aller erkenntnisstheoretischer Grenzen kann von mathematischer Strenge der Differentiation nicht mehr die Rede sein. Die Unähnlichkeit wird hier so gross, dass Kant entschuldigt ist, wenn er die logocentrische Begriffsbildung sogar für einen Act der Synthesis ansah. Die Unsicherheit steckt sowohl in der „Subjectivität" der Empfindungsdaten, d. h. in ihrer nur individuellen Gültigkeit, als auch in der gesetzlosen, dem Zufall und der Willkür unterworfenen zweiten Synthese, (der Zusammenfassung aller empfindungshaltigen Formalbegriffe zum Pseudoinhalt des „Gegenstandes",) die im Raum geschieht. Verlass ist nur auf die enantiale Gleichheit der in der Zeiteinheit des Denkens verbundenen, also rectangularen Dimensionen

*) Es ist immer ein wahres Vergnügen, mit den unsterblichen Begriffsbestimmungen der Transscendentalphilosophie zusammenzutreffen und so ihren Werth zu demonstriren. Synthesis apriori ist allerdings ein Widerspruch; aber dass mathematische Urtheile apriorische sind, wird Niemand so leicht widerlegen können.

der aufs Bewusstsein bezogenen, also vorgestellten Empfindung, in der allein sich das ethophysische Gesetz verwirklicht. Daran und an der Unverbrüchlichkeit des geocentrischen Irrthums hat indessen das physische Erkennen Halts genug, um sich in der Welt des Objects mit grosser Sicherheit zurecht zu finden. Beim Menschen macht die Häufigkeit der Vergleichung zwischen Wort- und Wirklichkeitsbegriff und der Denkdrehung, die dabei stattfindet, und deren man sich wegen der Geläufigkeit des Vorgangs kaum bewusst ist, die Sicherheit im Gebrauch des ersten Differentiationsbegriffs um so grösser, als dieser ja eine Rückkehr zur quadratischen Urgestalt des Begriffs bedeutet. Allein beim zweiten Differential, bei den sogenannten abstracten Begriffen ist aller Halt verloren. Ein Begriffsstab ist noch vorhanden, die Form der Form, an der das characteristische Attribut des Inhalts, nämlich die Constanz, nur noch in der constanten Form des articulirten Lautes erhalten ist. In diesen tönenden Schlauch kann Alles gepackt werden, was drein geht und nicht drein geht. Diese Begriffe fügen sich der logischen Form des Urtheils gerade so gut, wie ihre Integrale, von denen sie abgeleitet sind, und eignen sich trefflich dazu, den fressenden Wurm des verdeckten Widerspruchs durch die glänzendsten Deductionen zu schleppen und sie dadurch werthlos zu machen. Und gerade diese Begriffe haben für den Menschen die grösste Bedeutung und Tragweite. Von jeher haben die grossen Denker der Menschheit Alles aufgeboten, um den Inhalt solcher Abstractionen sicher und richtig zu stellen; ja, ihre Grösse besteht geradezu in der Reinheit ihrer Grundbegriffe. In der That handelt es sich um eine Richtigstellung. Denn das aus Subject und Prädicat bestehende Urteil ist der zerlegte Begriff, also das zerlegte Quadrat, dessen Dimensionen (als Inhalt und Form) einander gleich gesetzt werden, und ein richtiges Urtheil ist daher ein solches, dessen Dimensionen rechtwinklig auf einander stehen. Aber wo ist im Gebiet des Abstracten, so wie es in der Anschaulichkeit der mathematischen Grössenlehre vorhanden ist, das Richtscheit, das die Schiefwinkligkeit der gebrauchten Begriffe sofort anzeigen würde?

Allerdings giebt es ein solches in der strengen Gegensätzlichkeit der Begriffe, dem logischen Aequivalent der mathematischen Rectangularität. Ueberall, wo die auf der Höhe der Abstraction gebrauchten Begriffe als reine Gegensätze nachgewiesen werden können, (denen also im letzten Grund der Urgegensatz von Inhalt und Form unterliegen muss,) da gewinnt auch die Darstellung der speculativen Vernunft den Grad mathematischer Gewissheit oder nähert sich ihr in demselben Maasse an. Es ist das gemeinsame Merkmal der grossen Erzeugnisse der Literatur, dass sie der Prüfung in dieser Hinsicht Stand halten, und nichts ist leichter für Den, der gewohnt ist, rectangular oder streng gegensätzlich zu denken, als den Werth oder Unwerth einer Schrift nach diesem Kriterium auf den ersten Blick zu erkennen*). So ist die ganze orientalische speculative Literatur in wissenschaftlicher Hinsicht werthlos, so hoch sie als Erzeugniss dichterischen Geistes stehen mag. Erst die hohe Vernünftigkeit der Griechen erhob sich zur Klarheit reiner Gegensätze. Wir hatten schon oben darauf hingewiesen, dass die Geburtsstunde der wissenschaftlichen Speculation, d. h. der Philosophie, damals schlug, als es Thales gelang, sein Denken aus der Zeit in den Raum, also um einen rechten Winkel zu drehen, und der dialektischen Methode des Sokrates, die nichts anderes ist, als das Bestreben, durch immer wiederholte logische Prüfung einen abstracten Begriff richtig d. h. rectangular zu stellen, hat der gesammte Orientalismus nichts an die Seite zu stellen. Und sollte nicht Philosophie überhaupt die Missachtung, in der sie steht, dem Umstand zu verdanken haben, dass sie gar oft griechische Strenge im Denken vermissen lässt?

Das Differential muss, wie Form auf Inhalt, auf dem Intregal senkrecht stehen. Ist dies innerhalb der logocentrischen Begriffswelt der Fall, so füllt sich das Gebiet des vernünftigen Denkens mit dem werthvollsten Material, durch das der Mensch die ganze Welt dem wissenschaftlichen Verständniss unterwerfen und sich zu ihrem Herrscher machen kann. Es ist aber überaus bemerkenswerth, dass erst, seitdem das dialektische Experimentiren der Philosophen durch das exacte Experiment der Naturforscher ersetzt worden ist, ein so ausserordentlicher Fortschritt in der wissenschaftlichen Erkenntniss des Seienden, wie heute, gemacht wurde. Wir sehen leicht den Grund davon ein: von einer durch unbefangene Beobachtung gesicherten integralen Grundlage steigen die Naturforscher an der Hand der Mathematik zu immer höheren Differentialbegriffen, immer bereit eine Wahrheit (Hypothese, Theorie) durch eine besser begründete zu ersetzen, d. h. an der erstrebten Rectangularität ihrer Begriffe eine genauere Correctur anzubringen. Die Philosophen verfuhren immer umgekehrt und integrirten ihre speculativen Abstractionen,

*) Schopenhauer brauchte, wie er sagt, nur die erste Seite eines Buches zu lesen, um urtheilen zu können, ob es lesenswerth sei. Unwillkürlich, und ohne davon zu wissen, liess er das Gitterwerk der Coordinaten seines klaren Denkens auf den Autor sich herabsenken und wusste dann genug.

d. h. Differentialbegriffe, deren Herkunft keineswegs immer einer streng-wissenschaftlichen Prüfung unterzogen worden waren, ja, die sogar ausdrücklich eine Heimatsberechtigung in einer Erfahrung verschmähten! Wissenschaft weist solches Ansinnen zurück. Zwar gelang es dem speculativen Denker immer, die Wirklichkeit mit seinen Grundbegriffen in Einklang zu bringen*); er konnte sagen: die Integration meiner Differentialbegriffe ist erreicht — aber fragt mich nur nicht wie!

*) Das schönste Beispiel liefert Kant in der Kritik der reinen Vernunft. Nach der Entdeckung der Subjectivität von Raum und Zeit musste ein reiner erkentnisstheoretischer Idealismus folgen, der sich ebenso nothwendig durch einen reinen Realismus im Sinn einer metaphysischen Ontologie hätte ergänzen müssen. Beidem aber stand der altgewohnte Rationalismus entgegen. Kant war keineswegs gewillt, die Realität der Aussenwelt aufzugeben. Den idealistischen Grundgedanken in den sogenannten empirischen Realismus auslaufen lassen zu können, das eben sollte der gewaltsame Gedankengang der Kritik der reinen Vernunft besorgen. Eine leise Schiefwinklichkeit, über eine lange Denkfläche vertheilt, vermag den Denker über sich selbst, sowie den Leser zu täuschen. Ein Philosoph, der in seinen Begriffen von der strengen Gegensätzlichkeit abweicht, ist sicher verloren.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie.

Aus der juristischen Fachlitteratur des Jahres 1901 zusammengestellt

von Dr. *Ernst Schultze*, Andernach.

(Schluss).

Erkenntniss des Reichsgerichts IV. c. S. i. S. Böttcher c. Böttcher vom 4. März, 1901 Nr. 380/1900 IV. II. I. O. L. G. Celle.

Die Klägerin hat beantragt, auf Grund des § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die Ehe der Parteien zu scheiden, indem sie behauptet, dass ihr Ehemann in Geisteskrankheit verfallen sei, und diese seit länger als drei Jahren während der Ehe bestehe und einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ohne jede Aussicht auf Wiederherstellung aufgehoben sei. Der Vormund des Beklagten hat die Abweisung der Klage beantragt. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Klägerin ist durch das obenbezeichnete Urtheil des Oberlandesgerichts zurückgewiesen. Auf Revision der Klägerin ist das Berufungsurtheil aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen.

Gründe.

Das Berufungsurtheil beruht auf der Annahme, dass nach dem Gutachten des ärztlichen Sachverständigen, Professors Dr. C., der Beklagte nicht an Geisteskrankheit leide, event. aber die etwa vorhandene Geisteskrankheit nicht einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft unter den Ehegatten ohne jede Aussicht auf Wiederherstellung aufgehoben sei.

Diese Begründung muss beanstandet werden.

In Ansehung der Frage, ob der Beklagte an Geisteskrankheit leidet, bedarf es nach Lage der Sache nicht einer grundsätzlichen Entscheidung darüber, ob der § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuchs einem Ehegatten die Scheidungsklage nur im Falle der Geisteskrankheit oder auch im Falle der Geistesschwäche des anderen Ehegatten giebt. Die Klägerin hat behauptet, dass der Beklagte an Geisteskrankheit leide. Das Berufungsgericht ist gegenüber dieser Behauptung dem Gutachten des Sachverständigen C. gefolgt. Diese Würdigung giebt aber zu Bedenken Anlass. Der Sachverständige hat bei seiner zweimaligen Vernehmung sich im Wesentlichen übereinstimmend dahin geäussert:

> Der Beklagte sei im Jahre 1893 geisteskrank gewesen. Er habe sich aber im Laufe der Zeit gebessert. Gegenwärtig sei er im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs geistesschwach, im wissenschaftlichen Sinne auch geisteskrank. Er leide an sekundärer Demenz auf dem Boden des chronischen Alkoholismus im Anschluss an ein delirium tremens.

Dieses Gutachten bietet aber keine genügende Grundlage für die Beantwortung der Beweisfrage. Dasselbe argumentirt mit dem Begriffe der Geisteskrankheit bald im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs, bald im Sinne der Wissenschaft. Dabei ist aber das Verhältniss nicht dargelegt, in welchem beide Begriffsarten zu einander stehen. Dies macht sich besonders insofern geltend, als der Sachverständige selbst davon ausgeht, dass der Beklagte im Jahre 1893 an Geisteskrankheit im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelitten habe, dann nur konstatirt, dass der Beklagte sich später in gewissem Grade gebessert

habe, und schliesslich den gegenwärtigen Zustand des Beklagten doch nicht als abgeschwächte Geisteskrankheit, sondern als Geistesschwäche im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs bezeichnet.

Im Zusammenhange hiermit steht das Bedenken, welches die Vorentscheidung hinsichts der eventuellen Frage hervorruft, ob die etwa vorhandene Geisteskrankheit des Beklagten derartig gesteigert ist, dass demselben das Bewusstsein der ehelichen Gemeinschaft völlig und dauernd abhanden gekommen ist. Das Berufungsgericht erwägt hier:

> Nach dem C.'schen Gutachten bethätige sich das Bewusstsein der ehelichen Gemeinschaft seitens des Beklagten noch fort, theils krankhaft durch die Eifersuchtswahnideen, theils nicht krankhaft durch den Widerspruch gegen die Scheidung wie durch Aeusserungen dahin, dass er nach L. zurückkehren und sein Geschäft übernehmen wolle, und dass dies schon gehen werde, wenn seine Frau sich so verhalte wie er. Allerdings bekunde der Sachverständige, dass der Beklagte noch immer zum Trinken neige und beim Rückfalle gemeingefährlich werden würde, deshalb auch seine Entlassung bisher nicht angängig gewesen sei, sowie, dass auf einen Briefwechsel des Beklagten mit der Klägerin so wenig wie bisher zu rechnen sei. Aber alles das genüge nicht im Sinne des § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Dem gegenüber muss davon ausgegangen werden, dass die eheliche Gemeinschaft ein auf sittlichen Rechten und Pflichten beruhendes Lebensverhältniss ist, und dass, wenn von einem Fortbestehen, einer Fortbethätigung dieser Gemeinschaft gesprochen werden soll, entsprechende reale Anhaltspunkte dafür zu erfordern sind. Nun hat der Sachverständige C. bei seiner ersten Vernehmung bekundet:

> Die Entlassung des Beklagten aus der Provinzialirrenanstalt sei bis dahin immer am Mangel anderweiter geeigneter Unterbringung gescheitert. Dies werde bei der Natur seiner Geisteskrankheit und bei den bestehenden Verhältnissen auch für die Zukunft geschehen. Deshalb sei eine geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten für jetzt und in der Zukunft ausgeschlossen. Zwar sei eine Bethätigung der Gemeinschaft durch Briefwechsel nicht absolut ausgeschlossen, aber auf diese Möglichkeit bei der hochgradigen Interesselosigkeit des Beklagten nicht zu rechnen.

Angesichts dieser Angaben des Sachverständigen wird das Bedenken nahe gelegt, inwiefern sich für Gegenwart und Zukunft thatsächlich noch eine eheliche, d. h. von dem Bewusstsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft unter den Ehegatten ermöglichen soll. J. W.*) p. 29.

§ 1569 B. G. B.

In die hier geforderte Dauer von mindestens 3 Jahren ist auch die schon vor dem 1. Januar 1900 abgelaufene Zeit einzurechnen.

Urtheil des L.-G. Kaiserslautern vom 3. Mai 1901.
D. R.**) Entscheidung Nr. 909.

§ 1602, 1610.

Erwerbsunfähigkeit ist schon dann anzunehmen, wenn eine der Lebensstellung des Bedürftigen entsprechende Erwerbsthätigkeit ausgeschlossen erscheint.

(R.-G. IV. 25. April 1901.)
D. R. Entscheidungen Nr. 1731.

§ 1829 A 3.

Die durch den volljährig gewordenen Mündel ertheilte Genehmigung gemäss § 1829 Abs. 3 B. G. B. muss dem anderen Theile gegenüber erklärt werden und nicht etwa dem Vormunde gegenüber.

Nach dem Eintritte der Volljährigkeit ist der Vormund nicht mehr zur Vertretung des Mündels berechtigt und kann derselbe deshalb auch keine Erklärungen mehr für diesen abgeben. Daraus folgt, dass der Mündel nur dem anderen Theile gegenüber die Genehmigung erklären kann. Der Wortlaut des Gesetzes (§ 1829 Abs. 1 B. G. B) spricht zwar scheinbar dafür, dass die Erklärung dem Vormunde gegenüber zu machen ist, der sie seinerseits dem anderen Theile mitzutheilen habe. Es darf aber nicht übersehen werden, dass in Abs. 1 die Existenz der Vormundschaft vorausgesetzt wird.

(L.-G. Metz, 28. August 1901).
D. R. Entscheidungen Nr. 2023.

§ 1906; § 27 R. F. G.

Die Entscheidung des Vormundschafts- bezw. Beschwerdegerichts, dass eine „vorläufige Vormundschaft" i. S. des B. G. B. § 1906 gegebenenfalls erforderlich sei, kann, weil Sache des rein thatsächlichen Ermessens, nicht im Wege der weiteren sofortigen Beschwerde (R. F. G. § 27, 69^5, 20, 29^2) zur Nachprüfung des O.-L.-G. gebracht werden, insofern die gesetzlichen Voraussetzungen des § 1906 im übrigen inhaltlich der Feststellungen des Beschwerdegerichts (L.-G.) vorliegen.

Beschluss d. O.-L.-G. Karlsruhe vom 14. November 1900. D. R. Entscheidungen Nr. 1039.

§ 1909.

Das Vormundschaftsgericht hat vor Einleitung einer Pflegschaft aus § 1909 Abs. 1 Satz 2 B. G. B.

*) Juristische Wochenschrift.

**) Das Recht.

zunächst die formelle und materielle Gültigkeit des Testaments zu prüfen.

(K. G. 22. April 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 2203.

§ 1910.

Uebereinstimmend mit „Recht" 1900 S. 516, Nr. 786, 787 (Bestellung eines Pflegers für einen geisteskranken Beamten im Zwangspensionierungsverfahren. Unmöglichkeit der Verständigung mit einem Geisteskranken).

(K.-G. 21. Januar 1901).

D. R. Entscheidung Nr. 577.

§ 2231.

Zur gültigen Errichtung eines privatschriftlichen Testaments ist nicht erforderlich, dass dasselbe in deutscher Sprache verfasst wird. Das Gesetz stellt vielmehr bezüglich der Sprache, in welcher ein derartiges Testament zu errichten ist, kein Erforderniss auf.

(K. G. 29. Mai 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 2210.

§ 2238 A. 1.

Zugelassen ist nur eine Erklärung durch gesprochene Worte, nicht durch Zeichen, sodass ein Testament, bei dem der Errichter sein Einverständniss lediglich durch Kopfnicken zu erkennen gegeben hat, nichtig ist.

(O.-L.-G. Stuttgart, 25. März 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1505.

§ 2242 A. 1 S. 2.

Die hier vorgeschriebene Feststellung im Testamentsprotokoll kann nicht durch eine nachträgliche Bescheinigung des Protokollanten, „er habe das Schriftstück dem Kranken . . . vorgelesen, worauf derselbe seine letztwillige Verfügung unterschrieben habe", ersetzt werden und noch weniger durch eine ähnliche Bestätigungserklärung des bei der Aufnahme der Urkunde zugegen gewesenen Zeugen.

(L.-G. Dresden, 13. Juni 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 311.

IV. Einführungs-Gesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Art. 153 bis 156, 160.

Erkenntniss des Reichsgerichts IV. C. S. i. S. Marg. c. Staatsanwaltschaft u. Gen. vom 3. Januar 1901 Nr. 277/1900. IV.

II. J. Kammergericht.

Das Berufungsurtheil ist aufgehoben und die Sache an das Berufungsgericht zurückgewiesen.

Aus den Gründen.

Die aus dem materiellen Rechte hergenommene Beschwerde erweist sich als durchschlagend. Auch wenn mit dem Berufungsgericht auf Grund der Fassung des § 669 Absatz 1 der Civilprozessordnung angenommen wird, dass demselben lediglich eine Prüfung darüber oblag, ob der amtsgerichtliche Entmündigungsbeschluss zur Zeit seiner Erlassung, d. i. am 13. August 1898, gerechtfertigt war, — was vorliegenden Falles um so unbedenklicher ist, als der Kläger den Eintritt einer Aenderung in seinem geistigen Zustande für die seitdem verflossene Zeit gar nicht behauptet —, so hatte doch das Berufungsgericht auch in diesem Falle bei der Beschliessung seines Urtheils, am 29. Juni 1900, hierüber nicht mehr nach Allgemeinem Landrecht, sondern nach Maassgabe der Vorschriften des seitdem in Kraft getretenen Bürgerlichen Gesetzbuch zu entscheiden. Die Frage, ob eine Person geisteskrank und deshalb geschäftsunfähig oder bezw. in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, betrifft die Feststellung eines Zustandsrechts (Statusrechts). Dass auf dergleichen Zustandsrechte seit der Wirksamkeit des neuen Gesetzes dessen Satzungen anwendbar sind, geht schon im Allgemeinen aus der Tendenz des Gesetzes, insbesondere aber auch aus den Artikeln 153 bis 156 und 160 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche, zur Genüge hervor. Auch in dem Urtheil des erkennenden Senates vom 29. Oktober 1900 (IV, Nr. 244/00) ist bereits ausgesprochen worden, dass vom 1. Januar 1900 an die Entmündigung wegen Geisteskrankheit in einem zu dieser Zeit noch anhängigen Verfahren nicht mehr nach altem, sondern nach dem neuen Rechte zu beurtheilen ist.

In der vorliegenden Sache genügte es demnach für den Berufungsrichter nicht, in Uebereinstimmung mit dem Beschlusse des Amtsgerichts vom 13. August 1898 festzustellen, dass der Kläger damals im Sinne des § 28 Titel 1 Theil II des Allgemeinen Landrechts blödsinnig (unvermögend, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen) war. Seine Prüfung hatte sich vielmehr nach dem 1. Januar 1900 darauf zu erstrecken, ob sich aus dem von dem Amtsgerichte festgestellten Thatbestand auch die Folgerung ziehen lasse, dass der bei dem Kläger damals vorhandene Geisteszustand eine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nach Maassgabe des § 6 Nr. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs darstelle und dass Kläger in Folge derselben gehindert war, seine Angelegenheiten zu besorgen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Gegenstand dieser Prüfung in dem einen und in dem anderen Falle nicht derselbe ist.

J. W. p. 72.

Art. 155.

Die Frage, ob jemand geisteskrank und deshalb geschäftsunfähig ist, muss von dem Richter, der darüber nach dem 1. Januar 1900 zu erkennen hat, auf Grund des neuen Rechts entschieden werden.

(R.-G. IV, 3. Januar 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 1045

Art. 210.

Pflegschaften, die nach § 90 der Pr. Vorm.-Ordnung eingerichtet sind, verbleiben auch unter der Herrschaft des B. G. B. in Kraft.

(O.-L.-G. Frankfurt a. M., 17. Okt. 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1207.

Art. 210 A. 2.

Die Vorschrift, dass die bisherigen Vormünder als nunmehrige Pfleger im Amte bleiben, greift dann nicht Platz, wenn an Stelle der mit dem 1. Januar 1900 zu Ende gegangenen Vormundschaft eine Pflegschaft tritt.

(O.-L.-G. Jena I., 28. Mai 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 169.

Art. 210.

Vormünder und Pfleger, die unter der Herrschaft des früheren Rechtes befreit worden sind, sind vom 1. Januar 1900 nicht weiter befreit, als dies das B. G. B. zulässt; insbesondere fällt jede Befreiung von § 1807 weg.

(K.-G. 29. Oktober 1900).

D. R. Entscheidung Nr. 418.

Art. 210 A. 2.

Die Vorschrift des Art. 210 Abs. 2 E. G. z. d. B. G. B., dass die bisherigen Vormünder im Amte bleiben, bezieht sich nicht nur auf die bestellten, sondern auch auf die gesetzlichen Vormünder.

Die allgemeine Fassung jener Gesetzvorschrift schliesst eine Unterscheidung zwischen Vormündern, welche nach dem bisherigen Rechte bestellte oder gesetzliche waren, aus, und auch die Materialien zu derselben — Motive zu § 128 d. Entw. eines E. G. z. B. G. B. S 303 — rechtfertigen die Annahme nicht, dass eine solche Unterscheidung gewollt war. In diesem Sinne wurde die in der Litteratur bestrittene Frage von dem Kammergericht (Johow Jahrb. Bd. 19, S. 43) entschieden. Den gleichen Standpunkt hat mit Bezug auf Landrechtsatz 393 a auch das Grossherz. Bad. Justizministerium in den an die Badischen Amtsgerichte erlassenen Belehrungen vom 6. Januar und 26. Februar 1900 (Bad. Rechtspraxis 1900 S. 73, 74) vertreten.

R. G. Urth. vom 12. Febr. 1901. II 310/1900.

D. R. Entscheidung Nr. 489.

V. Civilprozessordnung.

§ 41 Z. 6.

Die Ablehnung eines Sachverständigen kann in der Berufungsinstanz nicht unter Anrufung des § 41 Nr. 6 C. P. O. in der Weise begründet werden, dass derselbe bereits in erster Instanz vernommen worden sei und somit als Richtergehilfe bei der Entscheidung erster Instanz mitgewirkt habe.

Entsch. des R. G. VII vom 7. Mai 1901.

D. R. Entscheidungen Nr. 1215.

§ 56.

Stellt sich heraus, dass der Beklagte schon zur Zeit der Klagezustellung prozessunfähig war, ohne mit einem gesetzlichen Vertreter versehen zu sein, so ist das Gericht nicht befugt, das Verfahren durch Beschluss auszusetzen, sondern es muss durch Urtheil entscheiden.

(O.-L.-G. Dresden, 13. Juli 1900).

Stellt sich in der Berufungsinstanz heraus, dass der Beklagte und Berufungskläger prozessunfähig ist, und dies auch schon zur Zeit der Klagezustellung war, ohne mit einem gesetzlichen Vertreter versehen zu sein, so ist nicht etwa die Berufung als unzulässig zu verwerfen, sondern die Klage unter Aufhebung des ersten Urtheils und des bisherigen Verfahrens abzuweisen.

(O.-L.-G. Stuttgart, 24. Mai 1901).

D. R. Entscheidungen 2119, 2120.

§ 406.

Die Ablehnung eines Sachverständigen ist nach § 406 Abs. 2 der C. P. O. nur so lange zulässig, als nicht dessen Vernehmung oder bei schriftlicher Begutachtung die Einreichung des Gutachtens erfolgt ist, es sei denn, dass — was hier nicht zutrifft — der Ablehnungsgrund früher nicht geltend gemacht werden konnte. Der Sachverständige N., gegen den die Kl. ein in dem angefochtenem Beschlusse zurückgewiesenes Ablehnungsgesuch eingebracht hat, ist aber in dieser Prozesssache bereits wiederholt vernommen und hat mehrfache schriftliche Gutachten erstattet, darum ist die jetzt erst erfolgte Ablehnung mit Recht als processual unzulässig angesehen. Die Beschwerdeführerin behauptet zwar, es handle sich jetzt um eine neue Ernennung des Sachverständigen behufs der Beweiserhebung über ein neues Beweisthema, allein das ist, wie die Fassung des Beweisbeschlusses vom 14. November 1900 klar zum Ausdruck bringt, thatsächlich nicht der Fall. VI. C. S. i. S. Pfister c. Kyllmann und Heyden vom 27. December 1900, B. Nr. 232/1900 VI. J. W. p. 59.

§ 406.

Ein Ablehnungsgrund betreffs eines Sachverstän-

digen kann nicht daraus entnommen werden, dass derselbe bereits in einer früheren Instanz vernommen worden ist.

(O.-L.-G. Karlsruhe, 28. December 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1088.

§§ 407, 413.

Der Sachverständige kann die Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtung zur Erstattung eines Gutachtens nicht von der begehrten Zusicherung bestimmter Gebührensätze abhängig machen.

(Kammergericht, 1. October 1900).

D. R. Entscheidungen Nr. 1089.

§ 487 Z. 3, 488.

Das Gericht ist an die benannten Sachverständigen gebunden und muss sie vernehmen. Der Antragsteller hat somit ein durch § 404 Abs. 1 nicht beschränktes Vorschlags r e c h t.

(R. G., 24. September 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 2554.

§ 567.

Wenn der Antrag der das Entmündigungsverfahren betreibenden Staatsanwaltschaft auf nochmalige Vernehmung von Sachverständigen seitens des Amtsgerichts abgelehnt worden ist, so ist hiergegen Beschwerde zulässig.

(L.-G, Darmstadt, 6. Juni 1901).

D. R. Entscheidungen Nr. 2275.

§ 650.

Dem Geiste des Gesetzes entspricht es, dass überall da, wo der Eindruck der Person des zu Entmündigenden für den Ausfall der richterlichen Entscheidung Bedeutung gewinnen kann, dieses Erkenntnissmittel auch verwerthet wird. Deshalb wird sich der Richter des Aufenthaltsortes im Zweifel nicht der Aufgabe entziehen dürfen, über die beantragte Entmündigung sachlich Entscheidung zu treffen.

(O.-L.-G. Dresden, 5. November 1900.)

D. R. Entscheidung Nr 1433.

§ 650.

Uebereinstimmend mit „Recht" S. 375. Nr. 262. K.-G. 30. März 1900, während das Bayr. Oberst. L.-G. vom 10. März 1900 anscheinend etwas weiter geht, indem es sagt:

„Leitender Gesichtspunkt für Zulassung der Ueberweisung war, dass es für die Sicherheit des Verfahrens von erheblichem Werthe sei, wenn derjenige Richter das Urtheil fälle, der den zu Entmündigenden vor Augen gehabt und vernommen habe. Demgegenüber könne die Folge der Ueberweisung nicht durchschlagend sein, dass bei einzelnen Gerichten, in deren Bezirk sich Irrenanstalten befinden, eine Fülle von Entmündigungssachen erwachsen könne." Nach der Ansicht des Kammergerichtes sollte durch die Fassung des Gesetzes gerade die Möglichkeit der Ueberlastung einzelner Gerichte ausgeschlossen werden.

D. R. Entscheidung Nr. 210.

§ 650.

Die nachträgliche Ueberweisung des Entmündigungsverfahrens an das Amtsgericht, das den zu Entmündigenden bereits auf Ersuchen des zur Einleitung des Verfahrens zuständigen Amtsgerichts vernommen hat, ist zulässig.

(O.-L.-G. Dresden, 8. Oktober 1900.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1656.

§ 650.

Gegen die Entscheidung aus § 650 Abs. 3 giebt es keine Beschwerde.

(K. G. 30. März 1900.)

D. R. Entscheidung Nr. 220.

§ 650.

Gegen die Entscheidung aus § 650 [3] steht den betheiligten Gerichten kein Rechtsmittel zu

(O.-L.-G. Dresden, 13. Dezbr. 1900.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1432.

§§ 650, 653.

Die Uebernahme der Verhandlung und Entscheidung über den Entmündigungsantrag kann nicht wegen mangelnder Angabe der Gründe, aus welchen die Verbringung des zu Entmündigenden in die Irrenanstalt erfolgte, abgelehnt werden.

(Bayer. Oberstes L.-G., 1. Juli 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 2428.

§§ 654, 655, 671.

Auch in solchen Fällen, in denen für das Prozessverfahren der ersten Instanz der § 598 a F. (jetzt § 654) massgebend war, ist, wenn zur Zeit der Verhandlung in der Berufungsinstanz die neue Vorschrift des § 654 in Kraft getreten war, diese Bestimmung anzuwenden. § 671 Abs. 1 C. P. O. muss nach den allgemeinen Vorschriften dieses Gesetzbuches auch in der Berufungsinstanz Anwendung finden. In gleicher Weise hat schon der III. C. S. des R. G. in einem Urt. vom 12. Oktober 1900 Rep. III Nr. 185/00 entschieden.

Urtheil des R. G. vom 20. November 1900 in der Sache Rep. II Nr. 260/00.

D. R. Entscheidung Nr. 118.

§ 654.

Die Vorschrift, dass der zu Entmündigende persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen ist, ist im Interesse und zum Schutze des zu Entmündigenden gegeben. Die Vernehmung darf deshalb nicht aus dem Grunde unter-

bleiben, weil das Gericht dieselbe als unerheblich für seine Entscheidung erachtet.

Beschluss der I. C. K. des L.-G. Elberfeld vom 20. September 1901.

D. R. Entscheidungen Nr. 2153.

§§ 654, 671.

Als eine „besondere Schwierigkeit" i. S. des Abs. 3 des § 654 ist das Ausbleiben oder die Weigerung des zu Entmündigenden, zu erscheinen, nicht anzusehen, da das Gesetz die Vorführung desselben gestattet, die Vernehmung des zu Entmündigenden muss unter Zuziehung mindestens eines Sachverständigen erfolgen. Dies gilt auch für das Anfechtungsverfahren. § 671 Abs. 2 bezieht sich nur auf § 655.

(R.-G. IV. C. S. 12. Oktober 1900.)

D. R. Entscheidung Nr. 851.

§ 657.

Hat der Entmündigungsrichter dem Vormundschaftsrichter Mittheilung von der Einleitung eines Entmündigungsverfahrens behufs Anordnung der Fürsorge für die Person oder das Vermögen des zu Entmündigenden gemacht, so hat der Vormundschaftsrichter nicht zu prüfen, ob das Verfahren zu Recht eingeleitet ist bezw. fortgeführt wird.

(K. G. 25. Februar 1901.,

D. R. Entscheidungen Nr. 1057.

§§ 664, 666.

Im Prozesse über die Anfechtungsklage ist nur darüber zu entscheiden, ob die Entmündigung zu der Zeit, zu der sie ausgesprochen wurde, zu Recht erfolgt ist. Für diese Frage ist es ohne Bedeutung, wenn die Legitimation der Antragsteller weggefallen ist.

Dies hat nur zur Folge, dass sie vom Augenblicke des Wegfalls an kein Recht mehr haben, zum Prozesse zugezogen zu werden.

(O.-L.-G. Hamburg, 18. März.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1538.

§ 671

Zutreffend erscheint der von der Revision erhobene Vorwurf einer Verletzung des § 671 Abs. 1 und des § 654 der C. P. O. Der zunächst nur für das amtsgerichtliche Entmündigungsverfahren geltende § 654 a. a. O. leidet nach § 671 Abs. 1 auch in dem Verfahren über die Anfechtungsklage, und zwar, wie Mangels einer entgegenstehenden Bestimmung nach den allgemeinen civilprozessualen Grundsätzen anzunehmen ist, sowohl in der landgerichtlichen wie in der Berufungsinstanz entsprechende Anwendung. Das B. G. musste daher, abgesehen von dem hier nicht in Betracht kommenden Falle des § 654 Abs. 3 a. a. O. den von dem Amtsgericht entmündigten Kl. persönlich, unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständiger vernehmen. Ausweislich des Verhandlungsprotokolles vom 29. Juni 1900 ist jedoch diese Vernehmung ohne Zuziehung eines Sachverständigen erfolgt. Der gerügte Verstoss liegt mithin vor, und dass auf ihm das angefochtene Urtheil auch beruht, erscheint nach dem Inhalt der Entscheidungsgründe keineswegs ausgeschlossen, da die Zurückweisung der Berufung daselbst ausdrücklich auf das Gutachten der vernommenen Sachverständigen mitgegründet wird. (Vergl. auch die Urtheile des R. G. III. C. S. vom 12. Oktober 1900, III Nr. 185/00, und II. C. S vom 20. November 1900, II Nr. 260/00.) R.-G. IV. C. S. i. S. Marg C. Staatsanwaltschaft u. Gen. vom 3. Januar 1901, Nr. 277/1900. IV.

J. W. pp. 80.

§§ 671, 654.

Wenn der Berufungsrichter es unterlassen hat, in dem auf Aufhebung der Entmündigung gerichteten Verfahren den Entmündigten mit Zuziehung von Sachverständigen zu vernehmen, so ist das Urtheil nichtig.

(R.-G. IV. 3. Januar 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1098.

§§ 686 Abs. 4, 665.

Zuständig für die Wiederaufhebungsklage ist das Landgericht, in dessen Bezirk das Amtsgericht belegen ist, welches den Antrag auf Aufhebung der Entmündigung abgelehnt hat.

(O.-L.-G. Naumburg, 15. März 1901.)

D. R. Entscheidungen Nr. 1539.

VI. Handelsgesetzbuch.

§ 2.

Ist der Betrieb einer Krankenheilanstalt Selbstzweck, hat also der Arzt die Absicht, gerade aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt gegen Entgeld Gewinne zu ziehen, und stellt die ärztliche Thätigkeit sich nur als ein, wenn auch wesentliches, Glied in der Kette derjenigen Einrichtungen dar, welche in ihrer Zusammenfassung als Anstaltsbetrieb Gewinn abwerfen sollen, so muss das Vorhandensein eines gewerblichen Unternehmens anerkannt werden und die Anstalts-Firma ist zur Eintragung in das Handelsregister anzumelden.

Gerade in Bezug auf die Anwendung des § 2 des Handelsgesetzbuchs ist in der Denkschrift hierzu bemerkt: „Der Ausdruck gewerbliches Unternehmen braucht im Gesetze nicht näher erläutert zu werden; schon vermöge der Bedeutung, welche ihm nach dem allgemeinen Sprachgebrauche zukommt, genügt er, um die Ausübung der Kunst, der Rechtsanwaltschaft, des ärztlichen Berufs u. s. w. auszuschliessen" (Hahn-

Mugdan a. a. O. S. 197). Auch in der einschlägigen handelsrechtlichen Litteratur wird zumeist angenommen, dass der Beruf des Arztes nicht als Gewerbe im Sinne des Handelsgesetzbuches gelten könne. (Komm. zum H. G. B. von Düringer-Hachenburg, Bd. 1, S. 27, Lehmann S. 4, Staub 6. und 7. Aufl. Bd. 1, S. 44.) Nach allen diesen Zeugnissen kann es keinem begründeten Zweifel unterliegen, dass nach dem allgemeinen Sprachgebrauche die Berufsthätigkeit des Arztes nicht ein Gewerbe darstellt und dass, da dieser Sprachgebrauch für die Auslegung des § 2 des Handelsgesetzbuchs entscheidet, die Ausübung dieser Thätigkeit nicht die Begriffsmerkmale des gewerblichen Unternehmens im Sinne des § 2 erfüllt. Allerdings gilt alles dies nur von der Ausübung des ärztlichen Berufs als solchen. Ist dagegen mit ihr der Betrieb einer Heilanstalt verbunden, so kann darin sehr wohl ein Gewerbebetrieb gefunden werden. Für die Abgrenzung ist entscheidend, ob der Betrieb der Anstalt selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle ist oder ob der Anstaltsbetrieb sich lediglich als Mittel dem Zwecke unterordnet, die, wenn auch mit Gewinnbezug verbundene, Ausübung der ärztlichen Berufsthätigkeit zu ermöglichen oder zu fördern. Im ersteren Falle liegt ein Gewerbebetrieb vor, im letzteren nicht. Danach ist das Moment der Gewerbsmässigkeit jedenfalls dann nicht gegeben, wenn der Arzt eine Privatkrankenanstalt lediglich für Lehrzwecke oder zur eigenen Fortbildung oder für wissenschaftliche Untersuchungen hält. Aber auch in denjenigen Fällen, in welchen der Arzt mit dem Betriebe solcher Anstalt nur bezweckt, die sachgemässe Ausübung seiner ärztlichen Thätigkeit zu sichern, ohne dass die Absicht besteht, aus dem Anstaltsbetrieb als solchen Gewinn zu ziehen, kann ein Gewerbebetrieb nicht angenommen werden. Ueberall ist hier das die Gewerbsmässigkeit ausschliessende Moment, dass der Arzt, wenn er auch wie jeder, der einer gewinnbringenden Beschäftigung nachgeht, Geld verdienen will, dies doch nur mittels seiner Berufsthätigkeit als Arzt und nicht als Anstaltsunternehmer thun will.

Kammergericht Berlin, 14. Januar 1901.

D. R. Entscheidung Nr. 647.

Mittheilungen.

— Die schweizerische Psychiaterversammlung findet am 19. Mai (Pfingstmontag) in Pirmingsberg statt.

— **Kgr. Sachsen.** Aus der neuerbauten Kgl. sächsischen Anstalt Gross-Schweidnitz, welche wegen ihre vorzüglichen Einrichtung das Interesse weitester Kreise erweckt, wird uns geschrieben:

„Es haben während der letzten Wochen rund 8000 Personen aus allen Theilen des Aufnahmebezirkes, darunter 34 Vereine, die hiesige Anstalt besichtigt. Täglich fanden ärztliche Führungen statt. Allen Besuchern wurden vor der Besichtigung populäre Vorträge über moderne Irrenpflege, Anstaltseinrichtungen, besonders die von Gross-Schweidnitz, über die sächsischen Pflegereinrichtungen, sowie über den sächs. Irrenhilfsverein gehalten, die mit grossem Interesse entgegengenommen wurden.

Hoffentlich ist auf diese Weise manches Vorurtheil bekämpft, manche schiefe Ansicht der hiesigen Bevölkerung über Irrenpflege u. Anstaltseinrichtungen berichtigt worden. Die 3 Wochen waren allerdings schwer. Das Gedränge war oft geradezu beängstigend."

Die Anstalt Gross-Schweidnitz dürfte unter den in der letzten Zeit erbauten Instituten dieser Art die erste Stelle einnehmen.

— **Pommern.** Aus den Beschlüssen des 29. Provinzial-Landtages der Provinz Pommern, der vom 12. bis 16. März d. Js. in Stettin getagt hat, ist Folgendes als für das Irrenwesen von Interesse zu erwähnen.

Bei der Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde wird eine zweite Erweiterung vorgenommen werden und zwar sollen erbaut werden 2 massive Baracken für ansteckende Krankheiten, ein Wohnhaus für weibliche Pensionäre, ein Beamtenhaus (III. Arzt und Rendant) und ein Wärterwohnhaus, ausserdem wird der Wirtschaftshof durch Neu- und Erweiterungsbauten vergrössert; die Gesammtanschlagssumme beläuft sich auf 202400 Mark. Bei der Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow a. R. wird ein Wohnhaus für den Verwaltungsassistenten und zwei Unterbeamten zum Anschlagspreise von 40000 Mark errichtet werden.

Bei der Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde ist die Stelle eines Assistenzarztes in die eines III. Arztes umgewandelt. Die Gehälter der Oberärzte und 3. Aerzte sind nicht unwesentlich aufgebessert. Nicht nur den zweiten Oberärzten an den 3 Anstalten, sondern auch den 3. Aerzten in Lauenburg und Treptow a. R. ist Anstellung auf Lebenszeit verliehen; — die Bezeichnung „Wartepersonal" ist in „Pflegepersonal" umgewandelt.

— Der bekannte Prozess „Fuhrmann" hat am 26. März 1902 in zweiter Instanz bei dem Landgericht in Coblenz mit einem Vergleich der Parteien geendet, wobei die Angeklagten folgende Erklärung abgaben:

Erklärung

Die Unterzeichneten erkennen hiermit rückhaltslos an, dass die Verbringung des Joseph Fuhrmann aus Neuenahr

in die Provinzial-Heil- und Pflege-Ansalt Andernach durch seine Ehefrau vollständig gerechtfertigt und geboten war, und dass dabei alle gesetzlich gegebenen Vorschriften beobachtet worden sind. Wir erkennen ferner an, dass die im Urtheil erster Instanz des Amtsgerichts Ahrweiler vom 14. December enthaltenen Feststellungen, insofern sie Nachtheiliges über die Persönlichkeit und den Charakter der Ehefrau Fuhrmann enthalten, den thatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen.

Wir bedauern, dass durch unsere Mittheilungen, und namentlich durch den Artikel in dem Kölner Tageblatt, über das Verhalten der Ehefrau Fuhrmann, sowie über das Verhalten der betheiligten Aerzte und Anstalt unrichtige Vorstellungen in die Oeffentlichkeit gebracht worden sind.

Wir übernehmen als Gesammtschuldner die sämmtlichen Kosten beider Instanzen und ermächtigen die Ehefrau Fuhrmann, vorstehende Erklärung in folgenden Zeitungen auf unsere Kosten öffentlich bekannt zu machen, nämlich:

1. dem Kölner Tageblatt,
2. dem General-Anzeiger für Bonn und Umgegend,
3. der Ahrweiler Zeitung,
4. einer in Mayen erscheinenden Zeitung,
5. der Coblenzer Volkszeitung.

Coblenz, den 26. März 1902.

J. Dietz. M. Borg. Emil Borg.
A. J. Irmgartz. Frau A. J. Irmgartz.

Für diejenigen Herrn Kollegen, welche diesen Prozess in der Tagespresse nicht verfolgt haben, theilen wir folgendes mit.

Im August wurde der Kaufmann Jos. Fuhrmann zu Neuenahr in Folge starken Trinkens in die Irrenanstalt Andernach gebracht und zwar auf Grund des Gutachtens des Dr. Niesen durch Leute, die von der Frau des Fuhrmann bezahlt waren. Hierauf erschienen in dem Kölner Tageblatt drei Artikel vom 30. August, 4. September und 12. September v. J., in welchen behauptet wurde, dass die Frau Fuhrmann, ein früheres Dienstmädchen bei ihm, ihren Mann Familienverhältnisse halber widerrechtlich in eine Irrenanstalt hätte unterbringen lassen. Wegen dieser Artikel und wegen verschiedener Aeusserungen, die über die Frau F. gemacht wurden, erhob sie beim Schöffengericht in Ahrweiler eine Privatklage und zwar 1. gegen den Direktor und Chefredacteur Jean Dietz, 2. den Redacteur Gustav Delphy zu Köln, 3. den Kaufmann Moritz Borg, den Kaufmann Emil Borg, 5. den Gastwirth Ant. Jos. Irmgartz und 6. dessen Ehefrau, alle aus Neuenahr. Das Schöffengericht wies aber durch Urtheil vom 14. December die Klage kostenfällig ab, weil das Schöffengericht annahm, dass die Beschuldigten in Wahrung berechtigter Interessen gehandelt hätten. Gegen dieses Urtheil hat die Privatklägerin und die königliche Staatsanwaltschaft Berufung erhoben. Zu der neuen Verhandlung waren etwa 60 Zeugen und als Sachverständige die Herren Dr. Niesen, Kreisarzt Dr. Kohlmann, Dr. Ehrenwall, Dr. Schultze und Dr. Landerer, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Andernach geladen.

Besonderen Dank verdient das energische Vorgehen des Herrn San.-Rath Dr. Ehrenwall, der bei Gericht, als der Vergleich angebahnt wurde, darauf hinwies, dass die Irrenärzte ebenfalls an dem gerichtlichen Urtheilsspruch ein hohes Interesse hätten angesichts des Schadens, welchen das Ansehen derselben durch die Presse bei diesem Vorfall erlitten hätte.

Der Vorsitzende erklärte darauf, dass die Interessen der Aerzte im Tenor des gerichtlichen Urtheils keinesfalls, dagegen sehr wohl in den Vergleichsverhandlungen wahrgenommen könnten. Und so geschah es auch.

Referate.

— Bloch, Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Dresden, Dohrn, 1902. 272 Seiten. 7 M. Erster Theil.

Verf. will vor allem in seinem sehr anregenden, neben vielem Bekannten doch auch Neues, hie und da freilich Anfechtbares, enthaltenden Buche den Nachweis führen, dass allen sexuellen Anomalien allgemein menschliche Bedingungen zu Grunde liegen, dass sie sich deshalb zu allen Zeiten und bei allen Völkern in gleicher Weise wiederfinden. Er stellt diese seine „anthropologisch-medizinische Theorie" der medizinischen und historischen Theorie gegenüber auf. Auf der andern Seite leugnet er so ziemlich ganz die „angeborenen Fälle von Homosexualität und führt sie auf äussere Ursachen zurück. Freilich ist er sich selbst bewusst, dass seine Beweisführung keine ganz strenge ist. Ref. glaubt, dass es in der That, wenn auch selten genug, „angeborene" Homosexualität giebt. Sicher tritt hier die Neigung zum gleichen Geschlechte sehr früh auf und durchaus nicht immer gelingt es, eine äussere Ursache dafür aufzufinden. Aber selbst wenn das geschieht, so muss man doch eine sehr grosse Disposition dazu als angeboren anerkennen, wenn unbedeutende Ursachen, Anblick von Genitalien, ein sexueller Schmerz etc. eine so tiefe Wirkung hervorbrachten. Uebrigens behandelt Bloch in seinem Buche blos allgemein die Ursachen der perversen Sexualität und nur die speziellen der Homosexualität. Die einzelnen Perversionen sollen in einem 2. Buche näher betrachtet werden. Mit Recht verlangt Verf., dass jeder sexuell Perverse auf schwere erbliche Belastung und Stigmata hin untersucht werde. Unter den Gründen zum Abirren des Geschlechtstrieb's stellt er den geschlechtlichen „Reizhunger" oben an; wichtig sind auch ferner Klima, Rasse. Bei den Juden soll Homosexualität sehr selten sein (dafür aber wohl die Geilheit grösser. Ref.). Sämmtliche Perversionen finden sich schon bei Naturvölkern vor. Sehr wichtig ist vor allem das Geschlecht (bei Frauen sind Perversionen seltener), Ehe, Cölibat, die Civilisation, die Phantasie (daher so oft bei Künstlern). Die meisten Perversionen finden sich als religiöse Institutionen vor, wie des Näheren bewiesen wird. Der Abschnitt über religiöse Prostitution ist ein sehr

interessanter, wie auch bez. der steten Berührung des Religiösen mit dem Sexuellen, in Askese, Mönchsthum und besonders im Hexenglauben, der nur aus dem Geschlechtstrieb abgeleitet wird (Letzteres möchte Ref. doch nicht als so absolut sicher hinstellen). Die casuistische Literatur der Theologen, wie die Schriften der Heiligen sind wahre Fundgruben für Sexualität, ebenso die Predigten des Mittelalters. Klassisch zeigt sich diese religiös-sexuale Berührung im Phallus-Kultus, im Flagellantismus etc. Neben allgemeinen Einflüssen auf das Geschlechtsleben kommen noch individuelle in Betracht; Abnormitäten der Genitalien, Kürze des Frenulums, Impotenz, Hermaphroditismus; sehr die Onanie (besonders wichtig für Päderastie), dann Alkohol, Opium, die Mode, (deren Rolle sehr hübsch geschildert wird, besonders im Korsett und der Turnüre,) spezielle Kleiderstoffe (Wolle, Pelz). Noch viel wichtiger aber ist das Bedürfnis nach Variation im geschlechtlichen Verkehr und die Sucht, den Genuss zu vergrössern. Mit der Häufigkeit der Reize steigert sich das sexuelle Variationsbedürfnis. Dazu kommen Müssiggang und Blasirtheit. Ebenso gross ist die Rolle der direkten Verführung (durch Dienstmädchen, Erzieher, Bordellhuren etc.), dann Anhäufungen von Menschen (Schulen, Klöster, Kasernen etc.), Kriegszüge, Theater, öffentliche Aborte, intimes Zusammenleben mit Thieren. Von ungeheurer Bedeutung ist ferner die erotische und obscöne Literatur, die eingehend berücksichtigt wird, ebenso die obscönen Darstellungen, namentlich Photographien, sogar Museen, Kunstausstellungen können gefährlich werden, auch Ballette, Zirkus. Bez. der Homosexualität glaubt Verf., dass die Zahl der Urninge keine grosse ist (? Ref.). Neben den ersten Eindrücken sexueller Art, kommt noch alles dazu, was die Abneigung gegen das Weib begünstigt, die Furcht vor Ansteckung, abnorme Beschaffenheit und Erkrankung der Analgegend, die eine erotogene Zone erzeugt, Analmasturbation, Berühren dieser Gegend, künstliche Effemination, Misogynie des Wüstlings, starke Geilheit, meist aber Versuchung durch Urninge und die männliche Prostitution. Verf. will endlich den § 175 nicht aufgehoben, sondern nur geändert haben. Er hält eine Aufhebung desselben für sehr gefährlich, was Ref. nicht anerkennen kann.

Medizinalrath Dr. P. Näcke, Hubertusburg.

— Havelock Ellis. Geschlechtstrieb und Schamgefühl. Autorisierte Übersetzung von Julia E. Kötscher unter Redaction von Dr. med. Max Kötscher. Zweite, unveränderte Auflage. Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). 1901. 364 S. Brosch. Mk. 5,—, gebunden Mk. 6,—.

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit drei Studien, die er als nothwendige prolegomena für eine Analyse des geschlechtlichen Instinctes bezeichnet.

In der ersten Studie bespricht er die Entwicklung des Schamgefühls, der instinctiven Frucht, welche sexuelle Vorgänge zu verheimlichen bestrebt ist. Sie tritt beim Weibe um so viel stärker auf als beim Mann, dass sie geradezu als einer der wichtigsten secundären Geschlechtscharaktere des Weibes auf psychischem Gebiete bezeichnet werden kann. Es lassen sich beim Schamgefühl zwei Furchtgefühle unterscheiden; das eine ist von vormenschlichem Ursprung und geht nur vom weiblichen Wesen aus — ursprünglich dazu geschaffen, den aggressiven Mann fernzuhalten fordert es ihn später vielmehr zu seiner Ueberwindung auf —, das andere ist von ausgesprochen menschlichem Character, eher socialem als sexualem Ursprung; hierzu gehören die Furcht, Ekel zu erregen, sowie rituelle und gesellschaftliche Rücksichten. Besonders nachdrücklich hebt er hervor, dass das Schamgefühl ursprünglich von der Kleidung ganz unabhängig ist; es ist eher ein Resultat als eine Ursache der Bekleidung; diese hat nicht sowohl den Zweck, die Geschlechtsorgane zu bergen als vielmehr hervorzuheben. Nacktheit ist eben keuscher als theilweise Verhüllung. Die physiologische Grundlage des Schamgefühls bildet der vasomotorische Mechanismus, dessen sichtbares Zeichen das Erröthen ist. Fast ist es richtiger zu sagen, dass Menschen schamhaft, weil sie erröthen oder fühlen, dass sie erröthen können, als umgekehrt. Unter den Wilden ist das Schamgefühl viel eingewurzelter als bei civilisierten Völkern, bei den unteren Klassen ist es viel unüberwindlicher als bei den gebildeten Klassen.

Im zweiten Kapitel behandelt er das Phänomen der Sexual-Periodicität. Ueberall ist zu beobachten, dass sich die Geschlechtsthätigkeit in regelmässigen Zeiträumen wiederholt. Rhythmus ist überhaupt das Kennzeichen jeden biologischen Vorgangs. Wenn Verf. hierbei, um einen gewissen Einfluss des Mondes darzuthun, auf die bekannte Koster'sche Arbeit zurückgreift, so werden ihm hier sicherlich nur wenige Psychiater folgen. Verf. setzt bei der ihrem Wesen nach unbekannten Menstruation ein und äussert sich des eingehenderen über deren Einfluss auf die sociale Stellung der Frau. Indess kann man auch beim Manne einen menstrual-physiologischen Cyclus annehmen, wenngleich bestimmtes Beweismaterial noch fehlt. Schon früher ist des öfteren darauf hingewiesen worden, dass man beim Manne monatliche Schwankungen oder Aenderungen von körperlichen und geistigen, normalen und pathologischen Eigenschaften beobachten kann; vor allem lässt sich dann eine Zunahme der geschlechtlichen Erregung beobachten. Ein Professor der Biologie constatierte bei sich in einem zweijährigen Zeitraum einen Höhepunkt der Träume und Pollutionen, der regelmässig alle 28 Tage einsetzte. Die Selbstbeobachtung eines anderen Autors, die 12 Jahre währte, wird angeführt; hier liess sich ein deutlicher wöchentlicher Rhythmus bezüglich der Pollutionen feststellen, der den monatlichen Rhythmus fast verdeckte. In einem Nachtrage berichtet Perry-Coste über seine Jahre lang hindurch geführten Aufzeichnungen; hier liessen die Pollutionen einen jährlichen, monatlichen, wöchentlichen Rhythmus erkennen. Uebrigens bittet dieser Autor die Vorsteher der Hochschulen, eine Anzahl ihrer Studenten zu weiteren Nachforschungen zu veranlassen; er verhehlt sich hierbei nicht, dass verwerthbare Resultate nur erreicht werden können bei aller Sorgfalt und Genauigkeit der Notizen sowie bei sexueller Abstinenz.

Er erörtert auch die jährliche Sexualperiodicität, die Tendenz einer periodischen Steigerung des Geschlechts-

triebes im Frühjahr und Herbst, eine Tendenz, welche sich auch bei der unwillkürlichen geschlechtlichen Erregung kundgiebt.

Der dritte und bei weitem grösste Abschnitt ist eine Studie über den Autoerotismus. Hierunter versteht Verf. die unwillkürlichen Aeusserungen des Geschlechtstriebes, die spontane geschlechtliche Erregung ohne irgend welche Anregung, direct oder indirect, seitens einer anderen Person. Das ist ein weites Gebiet geschlechtlicher Bethätigung, das sich entrollt von den gelegentlichen wollüstigen Tagesträumen bis zur schamlosen Onanie Geisteskranker. Als typische Form des Autoerotismus bezeichnet Verf. die gesteigerte geschlechtliche Erregung während des Schlafes, wo das Individuum im Gegensatz zu anderen Formen des Autoerotismus keine freiwillige Rolle spielt. Er will keine erschöpfende Discussion über alle Erscheinungen des Autoerotismus geben, sondern nur bestimmte Punkte untersuchen, wie seine Ausdehnung, seinen Character, seine moralischen, physischen und sonstigen Folgen. U. a. erörtert er die ursächlichen Beziehungen zwischen Autoerotismus und Hysterie; er zeigt, welche Umwandlungen die Lehre von der Aetiologie der Hysterie im Laufe der Zeiten erfahren hat bis zu der jüngsten von Freud und Breuer aufgestellten Lehre. Verf. steht dieser sympathisch gegenüber, wenn er auch in den Verletzungen der sexuellen Empfindungssphäre nicht grade den Hauptfactor sieht.

Ausführlich spricht Verf. über die Ausbreitung der Masturbation bei den verschiedenen Geschlechtern und Altern, ihre Folgen und deren Beurteilung zu den verschiedenen Zeiten. Die berüchtigten populären Bücher, deren Anspreisung man in so vielen Tagesblättern begegnet, deren weitverbreitete Lectüre solchen Schaden stiftet, sind übrigens schon recht alten Datums. Das erste derartige Machwerk erschien in England und zwar bereits im Anfange des 18. Jahrhunderts; es erlebte nicht weniger als 80 Auflagen. Natürlich wurde eine „stärkende Tinctur" empfohlen und deren Wirkung in vielen mitabgedruckten Briefen sehr gelobt.

Mässige Masturbation schadet einem erblich nicht belasteten Menschen nicht. Eine specifische onanistische Psychose giebt es nicht; eher ist das Onaniren ein Symptom als Ursache des Irreseins. Wird die Masturbation bei Leuten beiderlei Geschlechts geübt, die über das Pubertätsalter hinaus sind und sonst ein keusches Leben führen, so geschieht das wohl, weil sie eine körperliche und geistige Erleichterung und Beruhigung erfahren. Er enthält sich eingehender Bemerkungen über Heilung und Verhütung; wir wissen noch zu wenig, vor allem auch über das Verhalten normaler Personen und arbeiten vielfach mit einer übel angebrachten, nicht berechtigten didactischen Moralität.

Das Buch fesselt durch eine Fülle von Beobachtungen und Bemerkungen, die nicht nur den Arzt, sondern auch den Anthropologen und Ethnologen angehen; gerade hierbei zeigt Verf. seine ausserordentliche Belesenheit, die es ihm ermöglicht, die Stellung der verschiedensten Völker und der verschiedensten Zeiten zu den einschlägigen Fragen anzugeben.

Verf. stellt weitere Studien, so über die Verschiedenheit der Tendenz des Auftretens des Geschlechtstriebes bei den beiden Geschlechtern in Aussicht, und auch diese werden sicherlich die gleiche Aufnahme finden, wie das vorliegende Buch, das innerhalb kurzer Zeit in zweiter Auflage erscheinen konnte.

Ernst Schultze.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— In Ueckermünde ist der Assistenzarzt Dr. Deutsch vom 1. April 1902 ab zum 3. Arzt ernannt und dem Assistenzarzt Dr. Panselius ist zum 15. Juli 1902 die beantragte Entlassung aus dem Provinzialdienst ertheilt; — in Lauenburg ist der practische Arzt Dr. Vollheim als kommissarischer Assistenzarzt einberufen.

— Nieder-Oesterreich. Direktor Dr. Joseph Krayatsch zum Director in Mauer-Oehling, Director Dr. Heinrich Schlöss zum Director in Kierling-Gugging, Dr. Theophil Bogdan zum dirigirenden Primärarzt in Ybbs, Dr. Joseph Berze zum Primararzt in Wien, (Irrenanstalt), Dr. Joseph Gnirchtmayer zum Primararzt in Mauer-Oehling ernannt. Zu dirigirenden Aerzten wurden ernannt: Dr. Matthias Burkhardt für Wien (Irrenanstalt), Dr. Franz Sickinger für Klosterneuburg, Dr. Anton Hockauf für Kierling-Gugging, Dr. Carl Richter für Ybbs, Dr. Adolph Bayer für Mauer-Oehling; diese Veränderungen gelten vom 15. April a. c. ab.

Nachträglich eingegangen:

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 37. Versammlung am 3. Mai 1902 nachmittags 3 Uhr in Hannover, Lavesstr. 26.

Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen. 2. Alt-Uchtspringe: Zur Genese des paralytischen Anfalls. 3. Snell-Hildesheim: Irrenhilfsvereine. 4. Cramer-Göttingen: Ueber krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. 5. Weber-Göttingen: Ueber einige Neubauten an der Göttinger Anstalt. 6. Vogt-Göttingen: Ueber die Beziehungen zwischen Aphasie und Demenz. 7. Quaet-Faslem-Göttingen: Mittheilungen aus der Universitäts-Poliklinik für psych. und Nervenkranke. 8. Behr-Lüneburg: Ueber die Familienpflege in Göttingen.

Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel ein gemeinsames Essen (Couvert 4,50 M.) um 7 Uhr statt. Anmeldungen werden rechtzeitig an den Vorsitzenden erbeten.

Der Vorsitzende.
Gerstenberg-Hildesheim.

— Auf der vom 16.—19. April in Bremen tagenden VIII. Versammlung der deutschen Landesgruppe der **internationalen kriminalistischen Vereinigung** wird Director Dr. Delbrück, Bremen einen Vortrag halten über die verminderl Zurechnungsfähigen und deren Verpflegung in besonderen Anstalten. Der Vortrag fällt auf den 18. April, Schwurgerichtssaal, nachmittags 4 Uhr. Anfragen und Anmeldungen sind an Herrn Staatsanwalt Löning-Bremen, Gerichtshaus zu richten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin, **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig, **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 3. 19. April. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Psychische Aberration. Psychopathie.

Von Sanitäts-Rath Dr. *Alfons Bilharz*-Sigmaringen.

(Schluss).

Die Relation von Integral und Differential kann nie, in keinem einzigen Fall, aufgehoben sein; jede Abstraction muss in einer Erfahrung, d. h. in einer Seinsbeziehung wurzeln; es kann auch keine erfahrungslose Metaphysik geben; auch die unserige ruht auf dem im Denken vorgefundenen Sein, wie bei Cartesius.

Der Sinn dieses Satzes, von der individuellen Erfahrungsgültigkeit losgelöst und zur Allgemeinheit des logocentrischen Standpuncts oder zur logischen Wahrheit erhoben, ist (um es noch einmal zu sagen) der, dass nur dem denkenden Subject das Sein als solches direct gegeben ist, alles andere nur indirect, auf dem Umweg des Erkennens, und daher dem Zweifel unterworfen. Dies geht daraus hervor, weil das Denken dem Sein des denkenden Subjects selbst angehört, mit ihm in eins verschmolzen ist und insofern (als in der Zeit ausgedehnte und begrenzte Thätigkeit) Seinsform genannt werden darf. Aus dieser Einheit des Denkens mit dem Sein geht aber hervor, was dem Cartesius entgangen war, dass die Begrenzung, wie erfahrungsgemäss dem Denken, so auch dem Sein angehören muss, und da uns kein anderes Sein gegeben ist, die Begrenztheit zum Wesen des Seinsbegriffs gehört; dass also, wenn die Grenze am Sein hinweggedacht wird, der Begriff selbst verschwindet. Nur das concrete Sein ist ein Begriff, das abstracte oder Sein an sich ist keiner. Man bemerkt, dass dieser Gedankengang allein es ist, der uns vor dem sonst unvermeidlichen Solipsismus schützen kann. Der eigentliche Gewinn aber liegt in dem synthetischen Urtheil der Metaphysik; denn im Sein, als dem Subjectsbegriff eines Urtheils, ist die Begrenzung keineswegs enthalten. Wir wissen, dass mit diesem Satz der Kant'schen Vernunftkritik der Boden entzogen ist. Kant hatte, von seinem Standpunct aus mit Recht, behauptet, dass ein solches Urtheil in der Metaphysik, d. h. apriori, unmöglich sei, da zu ihm Erfahrung gehöre. Für uns, die wir eine Erkenntniss ohne endgültige Seinsbeziehung (Erfah-

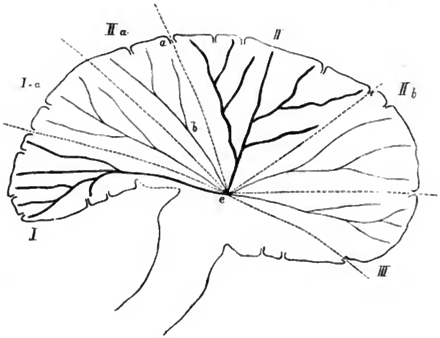
rung). Begriffe also, die in der reinen Vernunft ihren Ursprung haben, nicht zulassen, ist Metaphysik eine Erfahrungswissenschaft so gut wie Physik, nur mit dem Unterschied des Innen und Aussen und dem, dass die ganze Erfahrung der Metaphysik in einem einzigen Actus der Seinsbeziehung erschöpft ist. Sie ruht alsdann aber auf einem absolut sicheren Grund. —

Integral- und Differentialbegriffe stehen im Verhältniss von Inhalt und Form, und Abstracta, wenn sie richtig gebildet, d. h. wenn sie von den Concretis richtig abdifferentiirt worden sind, müssen auf diesen senkrecht stehen. Der Irrthum überhaupt enthält daher ein Agens, das die Begriffe aus dieser Richtung abzudrängen sucht, einen transversalen Zug, und wir sind im Recht, wenn wir Irrthum im Allgemeinen als Transversismus bezeichnen. Der verhältnissmässig seltene Irrthum der Sinne (des Verstandes) ist alsdann corticaler Transversismus der Empfindungssphären des Gehirns, der Körperfühlsphäre, der Sehsphäre des Hinterhauptlappens u. s. w. oder der sogenannten Projectionsfasersysteme; der überaus häufige Vernunftsirrthum dagegen corticaler Transversismus der Associationscentren.

Man kann wohl sagen, dass in den letztgenannten Rindengebieten eines jeden Gehirns es von solchen Transversismen wimmelt, nicht nur täglich neugebildeter falscher Vorstellungen, sondern auch ererbter, atavistischer, in die Gehirnorganisation und Faserlage übergegangener, und dass unsere ganze Erziehung daraufhinausläuft, Schiefstellungen in den Begriffen zu verbessern, neue zu vermeiden. Die sensoriellen, in diesem Fall überhaupt corticalen, Orthismen der Thiere entsprechen dem, was man bei uns gesunden Menschenverstand nennt.

Schärfe der Intellects und hohe Vernünftigkeit werden dagegen Demjenigen zuerkannt, dem es gelingt, seine Vernunftbegriffe (der Associationssphäre) mit den sinnlichen Verstandesbegriffen in Uebereinstimmung zu bringen. Das Vermögen, dies zu thun, heisst Urtheilskraft, der Mangel daran physiologische Dummheit, wie sie einem ganz gesunden, aber beschränkten Geist angehören kann. Unter allen Umständen verlangt aber die geforderte Uebereinstimmung zwischen Integral und Differential, dass jede Begriffsart gesondert auf den gemeinschaftlichen Bewusstseinsmittelpunct bezogen werde, wie es in dem Schema des physiologischen Faserverlaufs (s. Abb.) dargestellt ist.

In dieser Uebereinstimmung aber, oder (wie man auch sagen kann) im Gleichgewicht dieser zwei Begriffsarten ist alsdann die Einheit des objectiven Weltbildes trotzdem gewährleistet, wie es dem Gegensatz Subject-Object im Sein oder der metaphysischen Enantialität und ihrem Ausdruck, dem ethophysischen Gesetz, entsprechen muss. Auf der anderen Seite, im Falle der Nichtübereinstimmung, kann die constante Wortform eine ganze Reihe verschiedener Inhalte beherbergen, von denen nur ein einziger dem ethophysischen Gesetz gemäss ist, und der Rest das



Seinsgesetz aufzuheben scheinen. In diesem partialen Transversismus liegt daher eine Gefährdung des Ganzen, des Subjectpunkts selbst*).

Bleibt aber die Bewusstseinseinheit des Amoebenstaates Mensch erhalten; tritt der Transversismus des falschen Differentials in das Ganze ein, so dass es mit vollem Bewusstsein als Motiv des Handelns zugelassen wird, so muss dem Transversismus des Denkens nothwendig ein Transversismus des Wollens folgen: dem Irrthum entspricht die Irrthat, die sittliche Entgleisung, die Ethopathie, das Böse. Die Welt ist vollkommen (d. h. ethophysisch) überall, wo der Mensch nicht ist mit seinem falschen Differential.

*) Ich habe an anderer Stelle schon die Gewissensangst eine Art Todesangst genannt; ein Wort, hinter das ein geehrter Kritiker ein Fragezeichen setzte.

Erst das Böse, die Ethopathie, macht aus dem ethophysischen oder Seinsgesetz das Sittengesetz. Daher ist dieses so tiefgründig, an das Wesen des Subjects gebunden; nicht zwar unabhängig von Differentialbegriffen, also der Sprache, also der Vernunft, wohl aber unabhängig von der Gegenwart anderer Wesen. Das Böse betrifft Denken und Wollen zugleich, also das Ganze; im Gegensatz zum corticalen oder neoplastischen Transversismus des Irrthums wäre demnach das Böse in der von uns gewählten Sprache als centraler oder palaeoplastischer Transversismus, kürzer als Seinsquerung zu bezeichnen (im Punkt *e* der Figur).

Wir sehen, wie richtig sich dem ethischen Problem gegenüber Sokrates stellte, als er die Bedeutung des Erstgegebenen, des Motivs in den Vordergrund stellte und sagte, rechtes Denken müsse rechtes Handeln im Gefolge haben. Theoretisch ist der Satz unanfechtbar, practisch aber bedeutungslos; denn der Irrthum aller Vorfahren, von der Entstehung des Menschengeschlechts an, ist die grosse Schuld der Zeiten, an der jeder Einzelne abzuzahlen hat, und von der man nicht weiss, ob sie noch wachse oder abnehme.

Wir verfolgen an dieser Stelle die ethische Angelegenheit nicht weiter und fragen: Was ist neben Irrthum und Irrthat der Irsinn, das pathologische Denken, die Psychopathie? — Wir können bei Betrachtung der physiologischen Gehirnfaserung (s. Fig.) nicht im Zweifel sein: Irrsinn entsteht, wenn die Relativirung der zwei Begriffsarten (seien diese mit Irrthümern behaftet oder nicht) nicht im Bewusstseinsmittelpunkt *e* selbst, sondern durch Querschlag oder Kurzschluss irgendwo auf dem Weg zwischen Centrum und Peripherie schon vorher geschieht, also durch Aufhebung der Isolation zwischen den Gebieten der Projection und Association, der Integrale und Differentiale selbst. Irrsinn ist intermediärer Transversismus (bei *a* oder *b*).

Demgemäss ist geistige Gesundheit als intermediärer Orthismus zu bezeichnen, d. h. gesunder Geisteszustand ist dann vorhanden, wenn nicht nur die einzelnen Begriffe, sondern die gesammten Vorstellungsmassen der Fühlsphären einerseits und der Associations-(Abstractions-)Sphären andererseits, also diese selbst, mit einander im Gleichgewicht stehen. Wir dürfen uns die integralen Verstandesbegriffe (= Vorstellungen) und die Vernunftdifferentiale als wie in zwei grossen Behältern angesammelt denken, die durch eine membranöse Scheidewand von einander geschieden sind, und in denen annähernd die gleiche Druckhöhe aufrecht erhalten ist.

Die Möglichkeit einer wirklichen Begriffsbestimmung (synthetischen Definition) der geistigen Gesundheit, ist, wie man sieht, durch die Erforschung der anatomischen Verhältnisse des Gehirns angebahnt worden, beruht aber wesentlich auf der Erkenntniss des gegensätzlichen Verhältnisses der Verstandes- oder Vernunftbegriffe, oder der Erkenntniss, dass letztere analytischen, und nicht, wie jene, synthetischen Ursprungs sind. Sie setzt also eine gegen früher gänzlich veränderte Auffassung des Erkenntnissproblems und, wie weiteres Zurückdenken ergiebt, die Thatsache einer ontologischen Metaphysik oder die Entdeckung des ontocentrischen Standpuncts voraus; woraus wiederum hervorgeht, dass Psychologie ihrem Hauptsinne nach eine philosophische Wissenschaft ist. Die Forderung des endopsychischen Gleichgewichts ergiebt sich keineswegs aus anatomischen Gründen, sondern aus der Gleichwerthigkeit der Gegensätze Inhalt und Form.

Jeder von uns hat davon vielfache Erfahrung, dass das Gleichgewicht der Seele, der *aequus animus* gestört ist; ja, wir dürfen annehmen, dass die Drucke der beiden Behältnisse während der psychischen Action überhaupt fortwährend wechseln, sich gegeneinander ausspielen und im Leben so wenig jemals ganz in Ruhe sind, wie die Quecksilberkuppe eines empfindlichen Barometers, oder so wenig, wie die Erde in einer streng mathematischen Ellipse um die Sonne läuft. Bisweilen wogt und stürmt es darin so sehr, dass man glaubt „den Verstand verlieren zu müssen", d. h. dass die trennende Schicht in Gefahr ist zu zerreissen. Geschieht es dann wirklich, so dass die zwei psychischen Wellen aufeinander treffen, sich kreuzen, interferiren, sich hemmen, sich mischen, und geschieht die verderbliche Querung nicht gerade im Bewusstseinsmittelpunct, wie dies offenbar in der prämortalen Bewusstseinstrübung der Fall ist *), so muss nothwendig die höchste Verwirrung des Denkens eintreten, über die sich das centrale Bewusstsein keine Rechenschaft geben kann, weil ihre Störung erfolgt, bevor noch die Beziehung auf den Mittelpunct, in der die Einheit der Begriffsbildung besteht, sich vollendet hat, und die eben deswegen den Stempel des Krankhaften, der Psychopathie, an sich trägt.

In der Hallucination, auch gewissen Traumvorstellungen, Begriffsbildern, die so lebhaft sind, dass sie die Gegenwart wirklicher Objecte vortäuschen, tritt die vorbewusste Mischung der zwei verschiedenen psychischen Wellen deutlich hervor. Das centrale Bewusstsein wird die begriffliche Vorstellung „Pferd" von einem wirklichen Pferd dann nicht unterscheiden

*) In diesem Fall spricht man wegen der Kürze der Dauer nicht von Geistesstörung, obwohl sie der Sache nach eine solche ist.

können, jene also für ein solches halten müssen, wenn, vermöge Aufhebung der Isolation, eine Erregung des Sehnervverlaufs von Seiten der differentialen Vorstellung aus geschieht, und sich der integrale Strom gewissermaassen in das leere Bett des formalen Begriffs, seine (identischen) Grenzen ausfüllend, ergiesst. Denn der Nerv überträgt seine Erregung dem nächsten Querschnitt, unwissend, woher sie stamme.

Natürlich kann der Durchbruch von jeder der beiden Seiten her erfolgen. Bei der ungeheuren Masse von Vorstellungen und Begriffen, die der menschliche Geist in sich beherbergt, werden die Erscheinungen, die ihre pathologische Mischung im Gefolge hat, und die der Ausdruck dieser Mischung sind, ausserordentlich mannigfaltig sein, und es wird nicht so leicht angehen, sie in typisch-einheitliche Krankheitsbilder zu vereinigen, wie dies bei körperlichen Krankheiten gelingt, zumal beim Gehirn der pathologisch-anatomischen Untersuchung die grössten Schwierigkeiten entgegen stehen. Wir erörtern hier indessen einige Umstände, die die psychopathischen Erscheinungen jedenfalls bestimmen müssen.

1. Der menschliche Geist wäre der Gefahr allzuheftiger Eindrücke rettungslos überantwortet, wenn er nicht, wie das Auge, eine Art Schirmvorrichtung dagegen besässe; ja, die freie Willensbestimmung, die den Menschen dem Thier gegenüber auszeichnet, wäre nicht denkbar, wenn sie sich nicht auf seine negative oder receptive Seite bezöge, die die eigentliche Seinsseite ist (gegenüber der positiven oder Vorstellungsseite). Die Willensfreiheit muss sich auf die Zulassung der Willensmotive beziehen; denn, einmal zugelassen oder ins Bewusstsein eingetreten, ist das Motiv dem Willen entrückt und der Zeitfolge anheimgegeben, wo nicht mehr die Freiheit, sondern strenge Nothwendigkeit herrscht. In dem Zwischengewebe der Neuroglia hat der menschliche Geist das Mittel, eine bedrohte Isolation zu verstärken, wie wir annehmen*). Es handelt sich aber um active, amoeboide Bewegungen; wie etwa ein Feldherr Soldaten auf einen bedrohten Punct schickt. Ebenderselbe Eindruck wird ein Gehirn heftiger und gefährlicher treffen, wenn es von ihm überrascht wird, wenn es keine Zeit zur Gegenwehr hat, sich in einem labilen Gleichgewichtszustand befindet, oder wenn gar die peripheren Amoeben dem Befehl der Centralamoebe, die Soldaten dem Feldherrn, nicht oder nur zögernd gehorchen. Daher muss in einem festen Gefüge der Zellenindividuen, besonders in einer atavistisch festgefügten und gesicherten Faserlage der beste Schutz gegen Geistesstörung gelegen sein, und daher legen die Psychiater so grosses Gewicht auf die sogenannte erbliche Belastung, die eben den Ausschluss der genannten Vorzüge bedeutet.

Die Isolation kann auf zweierlei Weise aufgehoben werden: erstens passiv durch gewaltsame Ruptur von aussen, von der Objectseite her, und zweitens activ, von der Subjectseite her, durch Vorschieben und Aneinanderlagern von Pseudopodien, unabhängig von dem Befehl der centralen Amoebe. Nach diesem durchgreifenden Gesichtspunct, der sich dem der metaphysischen Gegensätzlichkeit von Subject und Object anschliesst, habe ich mir erlaubt vorzuschlagen, die geistigen Störungen in Impressions-Psychosen und Seditions-Psychosen einzutheilen, eine Eintheilung, die im Allgemeinen auch der oben angeführten hereditären Verschiedenheit entsprechen wird. Man sagt im Sprichwort: „Wer unter diesen Umständen den Verstand nicht verliert, hat keinen zu verlieren"; das heisst: auch ein gesunder Mensch kann geisteskrank werden; aber dann wird er eher einer Impressionspsychose anheimfallen und im allgemeinen überhaupt weniger in Gefahr sein, so dass man sogar die Frage der Heilbarkeit einer Geisteskrankheit nach demselben Gesichtspunct wird beantworten dürfen. Es ist denkbar, dass die Widerstandskraft einer gesunden und atavistisch gefestigten Faseranlage gross genug sei, um eine Durchbruchstelle, wie ein feindliches Fort, mit Schutzbauten so zu umgeben, dass sie aufs Ganze nicht mehr reflectirt und ihr Dasein bedeutungslos wird. Dass in dieser Widerstandskraft ein grosser Unterschied wirklich besteht, zeigt das Verhalten verschiedener Menschen gegenüber dem „furchtbarsten Grosshirngift", dem Alkohol, dessen Wirkung auf „psychopathisch Minderwerthige" so eigenthümlich ist, dass man von pathologischen Rauschzuständen sprechen darf.

Die Wirkung des Alkohols überhaupt scheint in einer Lähmung der Isolationsmechanismen zu bestehen, während man die plötzliche Einwirkung äusserer und innerer Traumen (Fall auf den Kopf, Hirnerschütterung, heftige Gemüthsbewegung) wohl als eine Einziehung der Neuropodien auffassen darf, ähnlich den Vorgängen an den Polypenbeeten der Südsee, deren Farbenpracht in der klaren Tiefe uns die Reisenden mit Entzücken schildern, während ein einziger Ruderschlag hinreicht, um sie zum Verschwinden zu bringen.

Im Allgemeinen aber wird die Anwesenheit partieller Transversismen innerhalb der Bewusstseinseinheit, auch wenn, wie oben angedeutet, bisweilen eine functionelle Ausschaltung angenommen werden darf, doch nicht gleichgültig sein. Obwohl vor dem Bewusstsein gelegen, müssen sie als etwas unbestimmt Fremdes,

*) Ich verweise der Kürze halber auf meinen Aufsatz: „Ueber die Natur und die Eintheilung der Geisteskrankheiten" in der Jubiläumsschrift des Landesspitals zu Sigmaringen 1897.

Feindseliges empfunden und so nach aussen projicirt werden. Daher die Häufigkeit von Verfolgungswahnideen. Sodann aber müssen sie, als Theil einer untheilbaren Einheit, aufs Ganze reflectiren; wie die früher als Beispiel aufgeführte, zum Theil gefärbte weisse Scheibe, wenn sie rasch gedreht wird, ihre Weisse verliert und einen gleichartigen Farbenton erhält. Das heisst: ein neuer Gleichgewichtszustand muss nothwendig wieder hergestellt werden, und eben dieser muss eine ganz andere Erscheinung darbieten; daher die auffallenden hypo- und hyperkinetischen Symptome, als Grenzformen die Apathie und die Tobsucht, die nur der motorische Reflex aufs Ganze sind, das Suchen der Seele nach dem neuen Gleichgewichtszustand.

Oder aber die Schwankungen um die zu suchende Ruhelage spielen sich mehr im Gebiet der Vorstellungen selbst ab. Der Bewusstseinsinhalt muss sich mit dem localen Transversismus, dem fremden Eindringling, abfinden; das ganze Gedankensystem muss nach ihm umgearbeitet werden; die ganze Persönlichkeit wird verschoben, der Subjectpunct „verrückt" (Paranoia).

2. Ein wesentlicher Gesichtspunct, von dem aus die Erscheinungen der geistigen Störung beurtheilt werden müssen, ist der Ort, wo der Transversismus erfolgt. Die Anatomie sagt uns bei den rein functionellen Störungen darüber nichts und kann nicht leicht etwas sagen, da sie ja als vitale Bewegungsstörungen des Neurokyms aufzufassen sind.

Glücklicher Weise zeigen die physiologischen Analysen und Zusammenordnungen der Symptomencomplexe grösseres Entgegenkommen zu einer Verständigung mit der philosophischen Psychologie, die indessen hier wiederum Gelegenheit hat, die Ueberlegenheit der Deduction, die von der Einheit zur Vielheit hinabsteigt, zu erweisen. Besonders sind hier die Leistungen Kräpelin's hervorzuheben, in denen es diesem ausgezeichneten Forscher gelang, die verwirrende Mannigfaltigkeit und Mischung psychopathischer Erscheinungen zweier grosser Reihen zusammenzufassen. So gelangte er zur Vereinheitlichung der Stimmungspsychosen, wie ich sie nennen möchte, in den Begriff des manisch-depressiven (circulären) Irreseins, und zur Zusammenfassung scheinbar weit auseinander liegender Symptomgruppen, für die er die Bezeichnung des Dementia praecox vorschlug. Niemand, der sich im gleichen Fall befand, wird der unnachgiebigen Wissenschaftlichkeit dieses Forschers die Hochachtung versagen können, die aus dem freimüthigen Geständniss spricht, dass er rathlos lange lange Jahre hindurch der Fülle von geistigen Schwächezuständen gegenüber gestanden habe, die in ihrer Mannigfaltigkeit zu oberflächlicher Gruppirung gedrängt hätten, in der Tiefe aber doch bestimmte, überraschend gleichförmig wiederkehrende Grundzüge erkennen liessen.

Wenn wir nun versuchen, für die klinisch als zusammengehörig sicher gestellten Symptomgruppen zu einem Verständniss ihres Wesens zu gelangen, dadurch dass wir sie auf unsere psychologischen Grundlagen zurückführen, so fassen wir die Stimmungspsychosen der ersten Reihe als Transversismus eines bestimmten Theils der Rinde auf, wobei die Ausgleichungsbestrebungen der Seele den grossen Resonanzboden des Gemüths in so starke Mitschwingung versetzen, dass die täglichen kleinen positiven und negativen Schwankungen der Gemüthslage sich zu grossen Wellen sammeln, die im Sinne eines Wechsels von ausserordentlicher Depression und Exaltation sich geltend machen, so in die Tiefe dringen und sogar den Bestand der palaeoplastischen Faserlagen in Gefahr bringen. So vermag der Gleichtritt eines Truppenkörpers eine sonst festgefügte Brücke zum Einsturz zu bringen. Der mächtige Reflex aufs Ganze zeigt sich ebensowohl im Stupor und bei Apathie, wenn gleichstarke Querströmungen motorische Explosionen hemmen, als wenn sie, vereinigt, diese zu einer exorbitanten Höhe gelangen lassen, oder die innere Spannung sich in dem unwiderstehlichen Trieb, den Bestand des Staatengebildes aufzulösen, Luft zu machen sucht. — Multiple corticale Transversismen dagegen, die sich in der Rinde abspielen ohne tiefere Theile in Mitleidenschaft zu ziehen, und daher oft nur transitorische Bedeutung haben, finden ihren symptomatischen Ausdruck als Verwirrtheit. Ein solches Rindenfeld bietet dann den Anblick eines alten Kirchhofes dar, in dem die morschen Kreuze in allen Winkelneigungen stehen.

Diesen Störungen, die wesentlich Transversismen der neoplastischen Hirngebiete sind und daher auch der Wiederausgleichung günstigere Aussichten bieten, steht nun die Dementia praecox Kräpelin's gegenüber. Kräpelin will die Bezeichnung nur als vorläufig gelten lassen; mit Recht, denn sie trifft nicht den nosologischen Kern, sondern nur den sich oft lang hinziehenden Ausgang des eigentlichen, auffallend abgekürzten (praecox) psychopathischen Vorgangs. Während aber das Leben selbst keineswegs dadurch bedroht ist, das palaeoplastische Gebiet also nicht berührt wird, deutet dennoch Alles darauf hin, dass wesentlich gerade die tieferen Schichten der Faserlage in Mitleidenschaft gezogen seien, und unser Gedankengang scheint uns dazu zu nöthigen, diese Formen als

mesoplastischen Transversismus neben **corticalem Orthismus** zu erklären.

Ich wage zu sagen, dass der Psychiater, der sich die Mühe nehmen will, die Symptome der Dementia praecox in die Begriffe der ontocentrischen Psychologie umzudenken, erstaunt sein wird, zu finden, wie das gewohnte Bild voller scheinbarer Ungereimtheiten und Widersprüche sich aufzuhellen und sich dem Verständniss zu erschliessen beginnt.

Die Dementia praecox ist, im Gegensatz zur physiologischen Beschränktheit, also pathologische Dummheit, als Logopathie, als Störung der Urtheilskraft, als Nichtübereinstimmung der (an sich richtig gebildeten) Vorstellungen der corticalen Verstandes- und Vernunftsphäre zu bezeichnen. Anstatt dass die getrennten Leitungsbahnen sich erst im obersten Bewusstseinsmittelpunkt zum Gleichgewicht von Inhalt und Form im quadratischen Begriff vereinigen, wie es die geistige Gesundheit verlangt, confundiren sie sich durch eine intermediäre Ruptur schon in dem mesoplastischen Gebiet (siehe Fig. bei *b*) der grossen subcorticalen Ganglien, die als solche ganze Rindenkeile beherrschen. Wir können hier auf Einzelheiten nicht eingehen, doch erlaube ich mir Folgendes zu berühren. Unerklärlich schien bisher das Zusammenbestehen eines extravagant kindisch-läppischen Benehmens neben leichtem Denken und gutem Gedächtniss, von scharfer Beobachtung neben blockigem Stumpfsinn; aber das heisst eben subcorticaler Transversismus neben corticalem Orthismus. — Wenn Jemand uns plötzlich gegenüber tritt, so bemerken wir kaum, dass wir uns in Positur setzen, uns innerlich aufrichten, überhaupt Stellung dazu nehmen. Bei den Logopathischen tritt dies deutlich hervor, aber auch, wie der motorische Impuls sich in falsche Bahnen ergiesst, in den eigenthümlichen und so charakteristischen *), negativistisch-katatonischen Widerstandsbewegungen. — Gegenüber der gewaltigen constanten Strömung der Durchbruchstelle verschwinden gewöhnlich alle anderen Impressionen, nur die zufällig nächstgelegene bleibt; daher die wiederum so charakteristischen Erscheinungen der sogenannten Befehlsautomatie, der Echopraxie, der Katalepsie, der Flexibilitas cerea, und dann wieder, bei einer ungewöhnlichen Willensanstrengung, die den Lauf der falschen Strömung kreuzt und hemmt, der ganz unerwartete Beweis des corticalen Orthismus, der mit der ungeheuren Demenz in so schroffem Widerspruch steht.

Ich glaube nicht zu irren, wenn ich als die Hauptursache, also das Wesen dieser geistigen Störung die Incongruenz der integralen und der differentialen Vorstellungen der sexuellen Sphäre in Anspruch nehme; dies jedoch im allerweitesten Sinne der Sache.*) In der Uebergangszeit der sogenannten Entwicklungsjahre des Menschen („Hebephrenie"), oder in der sich daran anschliessenden Zeit, vermag die einseitig ungezügelte Wucht solcher Impressionen, gerade auch bei feiner organisirten Naturen, oder im zufälligen Zustand eines labilen Gleichgewichts, oder bei geringer Widerstandskraft der atavistischen Faserlage, leicht in die Tiefe zu dringen und subcorticales Gewebe zu verletzen. — Auch beim gewöhnlichen Altersblödsinn treten, als ominöse Vorboten der nahen Auflösung, katatonisch-negativistische Erscheinungen auf: zum Zeichen, dass die von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitende Entartung auf der mesoplastischen Station bereits angekommen sei.

Für das Schicksal und die Auffassung der meisten functionellen Geistesstörungen ist daher die entscheidende, aufs Wesen gehende Hauptfrage die, ob eine **Rindenquerung** oder eine **Hügelquerung** vorliege. Letztere ist es, die von den oben erwähnten, auffallenden Erscheinungen vorzeitiger Demenz begleitet ist.

3. Dass es in der zweiten Uebergangszeit des Menschen, wenn die sinkende Kraft dazu mahnt, die Summe des Lebens zu ziehen, und sich dabei ein lächerlich kleiner Betrag zu ergeben scheint, zu depressiven Dauerzuständen kommt, zumal wenn man die thörichte, von der Zeitbedingung regierte Frage „Wozu?" auf das Sein anwendet, und auf die leere Frage das Echo einer ebenso leeren Antwort zurücktönt, ist an sich nicht verwunderlich; eher sollte man sich wundern, dass man über solche wohl unvermeidlich sich einstellenden Reflexionen dennoch meist so leicht hinwegkommen kann. Offenbar handelt es sich auch hier, wie bei der negativen Welle der Wechselpsychose, um impressionistische Rindenquerung mit depressivem Seelenreflex, dessen Stärke Aussicht hat, zugleich mit der seelischen Receptivität überhaupt, abzunehmen, also der Heilung wieder entgegen zu gehen.

4. Die Incongruenz zwischen Verstand und Vernunft kann auch darin begründet sein, dass entweder das Gesammtgehirn auf einer dem Thier angenäherten Stufe zurückbleibt, oder die Entwicklung der Associationssphären mit den Fühlsphären nicht gleichen Schritt hält. Im ersteren Fall spricht man von Idiotie und angeborener Imbecillität; der zweite liefert

*) Bekanntlich gaben diese dem hochverdienten **Kahlbaum** die Veranlassung zur Aufstellung des bahnbrechenden Begriffs der Katatonie.

*) Erfahrungsgemäss disponirt auch das Puerperium zu dieser Krankheit.

die neuerdings berühmt gewordene Gruppe der sogenannten geborenen Verbrecher (Lombroso). Dies sind demnach Individuen, die wohl in den Verstand, aber nicht in die Vernunft des erwachsenen Menschen hineingewachsen sind, und in letzterer Hinsicht Kinder bleiben. In Beziehung auf den Verstand gewöhnlich nicht zu kurz gekommen, gewandt und schlau in den Verrichtungen des gewöhnlichen Lebens, weshalb man sich nur schwer entschliesst, sie für Geisteskranke (also auch für nicht-verantwortlich für ihre Handlungen) zu halten, sind sie deswegen höchst gefährlich, weil sie den Impulsen der Sinnlichkeit, denen sie wie andere Menschen unterworfen sind, keine genügend starken Vernunftmotive entgegensetzen können, weil sie ihrer Anlage (nicht ihren Willen) nach keine haben. Sie sind also nicht für im gewöhnlichen Sinne freie Menschen zu erachten, da ihnen die Wahl in der Einführung der Motive nicht frei steht: daher auch nicht für verantwortlich, obwohl sie sich der Strafbarkeit einer verbrecherischen Handlung bewusst sind. Hier decken sich die Begriffe nicht, weil man den Begriff der Geisteskrankheit in der That weiter und enger fassen kann: weiter, als Gleichgewichtsstörung zwischen Verstand und Vernunft überhaupt; enger, als eine derartige Gleichgewichtsstörung durch intermediären Transversismus. Im letzteren Fall ist die Störung stets vor dem Bewusstsein gelegen, und alsdann die Nicht-Verantwortlichkeit auch nicht in Frage gestellt; im ersteren Fall liegt sie im Bewusstsein, und hieraus ergiebt sich, wie schwer dem Richter, sowie dem Arzt, im einzelnen Fall die Entscheidung fallen mag, ob Verbrechen vorliege, das strafbar macht, oder Geisteskrankheit ohne Verantwortlichkeit. Hieran wird selbst die theoretische Einsicht in den psychischen Process nichts ändern, weil die Grenzen hier fliessend sind, und die Entscheidung sich vom Qualitativen (Intensiven) ins Quantitative (Extensive) hinüber spielt.

Es kann nun noch die Frage aufgeworfen werden, ob die psychische Gleichgewichtsstörung nicht auch durch unverhältnissmässiges Ueberwiegen der Vernunft hervorgerufen werden könne. Sie ist deswegen nicht zu übergehen, weil die Versuche, Genialität als pathologische Erscheinung zu nehmen, vielfach Beifall gefunden haben. Es ist richtig, dass Wunderkinder in iher späteren Entwicklung selbst hinter bescheidenen Erwartungen zurückbleiben. Es ist richtig, dass genialische Menschen auf der Höhe ihres Daseins oft zu Schaden kommen, weil sie sich, seiltänzergleich, an den Grenzen der Menschheit auf schwindligen Pfaden ergehen. Es ist richtig, dass solche Menschen, nach einem Leben der ungeheuersten Denkanstrengung, immerhin noch vorzeitig, oft geistigem Siechthum verfallen. Aber die Genialität, oder die höchste Offenbarung derjenigen Seelenkräfte, die die Abwendung von der Thierheit bedeuten, als Psychopathie zu erklären, ist ein grober Verstoss: er deutet auf hoffnungslos-atavistische („eingefleischte") Unwissenschaftlichkeit hin, deren untrügliches Zeichen ist, gerade in der Hauptsache daneben zu hauen.

5. Das Paradigma der Seditionspsychosen ist die Fallsucht; Aufhebung des Gleichgewichts zwischen Theil und Ganzem, Störung der festen Relation, zwischen Peripherie und Centrum, und daher Bewusstseinstrübung ohne Gefährdung des Subjektpunkts selbst, der nur wegen Lockerung des corticalen Gefüges (also des einheitlichen Objektpunktes oder der Vorstellung) die Zuleitungen von dort her nicht mehr in sich vereinigen kann. Wir setzen hier Eigenbewegungen von einzelnen Rindenamoeben oder Gruppen derselben voraus, die sich ausserhalb der Befehlsmacht der Centralamoebe vollziehen, und Bewusstsein nothwendig aufheben müssen, weil dieses auf völliger Gleichheit von Einheit und Vielheit, Ganzem und Theilwerk, Inhalt und Form beruht, die ihrerseits wiederum nur der Ausdruck der metaphysischen Enantialität von Subjekt und Objekt ist, unter welcher Bedingung allein ein Object in eine Erkenntniss (Bewusstsein) eintreten kann, wenn diese den Sinn haben soll, ein Abdruck des Seienden zu sein. Das Bewusstsein wird immer dann aufgehoben, wenn den Bedingungen der Welthälftigkeit, die im Sein vorhanden ist, im Erkennen (Denken) nicht entsprochen wird.

Dauert der Zustand der partiellen Insubordination, die, obwohl eine grosse initiative Beweglichkeit der Neurone ein Vorzug genannt werden könnte, dennoch aber in Hinsicht auf das Ganze als eine Entartung angesehen werden muss, länger, so wird auch der Reflex auf's Ganze sich mehr und mehr bemerklich machen; wie ein Staat, der von innerem Bürgerkrieg und Strassenkampf durchwühlt wird, in seiner Kraftentfaltung nach aussen gelähmt ist. Auch hier bedeutet die Zunahme der Demenz Fortschreiten des Processes nach den mesoplastischen Gebieten.

Es lässt sich denken, dass, wenn jene oben als Vorzug gerühmte Beweglichkeit nicht eben eine untergeordnete, sondern die centrale Amoebe selbst beträfe, anstatt einer Entartung ein hoher Grad von geistiger Begabung daraus folgen müsste. In der That ist Epilepsie nicht selten zusammen mit einer solchen angetroffen worden, und insbesondere wird hervorgehoben, dass „alle grossen Cäsaren" (Flechsig) auch Epileptiker gewesen

seien. Auch die Entstehung eines neuen Gedankens, die eigentlich geniale, künstlerische Leistung muss wohl auf dieselbe Eigenschaft zurückgeführt werden. Das Wesen des Genie's liegt dann in dem Hochmaass coërcitiver Kraft, das starke Eigenbewegungen der peripherischen Amoeben (Seditionsbestrebungen) im Keime zu unterdrücken vermag, das Pathologische aber darin, dass solche gelingen. Nie und nimmer aber ist das Genie an sich etwas Pathologisches; seine Leistung vielmehr der Ausdruck höchster geistiger Gesundheit, Zusammenfassung der höchsten Geistesthätigkeit zum völligen Einklang aller Kräfte, und verhält sich, um bei unserem Bilde zu bleiben, zu einer Entartungserscheinung wie ein siegreicher Krieg nach aussen, in dem alle gesunden Kräfte des Staates zur höchsten Anstrengung angefacht werden, zu einer bürgerlichen Empörung im Innern, wobei der Bestand des Ganzen doch in ganz anderer Weise ins Schwanken geräth.

Die Geisteskrankheiten mit grob-anatomischer und chemischer Grundlage, die dem physischen Verständniss mehr offene Seiten darbieten und im gleichen Maass für die philosophische Psychologie an Bedeutung verlieren, sollen hier nicht näher besprochen werden.

Mittheilungen.

— Herrn Prof. Tamburini in Reggio-Emilia wurde aus Anlass des 25 jährigen Jubiläums der von ihm begründeten Rivista sperimentale di Freniatria eine besondere Widmung zu Theil. Das Heft III/IV des Vol. XXVII bringt einen Festartikel, den wir im Folgenden wiedergeben.



An August Tamburini.

Von dieser selben Rivista, die seine höchsten Ideale wiedergespiegelt hat und wiederspiegelt, möge an August Tamburini die Huldigung und der hochachtungsvolle Gruss zukommen; von diesem Blatte, das wie sein geistiges Haus ist, voll Erinnerungen, worin seit 25 Jahren, um seine Gedanken herum, die Gedanken von Collegen und Schülern gesammelt wurden und noch werden. Es sind heute fünfundzwanzig Jahre her, dass August Tamburini das Geschick dieses Blattes zu lenken begann, und dass er berufen wurde, Carlo Livi in der Direction des Irrenhauses von Reggio-Emilia nachzufolgen; und dass die Regierung ihn zu der Würde des Hochschullehrers hob: drei grundlegende Augenblicke seines Lebens; drei Formen der Thätigkeit, die er vervollständigt und harmonisch verschmolzen hat zum Vortheil und zur Ehre der italienischen Psychiatrie ...

... Das Studium der Psychiatrie nach den Grundsätzen und Forderungen der positiven Methode zu richten: das ist der leitende Gedanke, den er mit seinen ausgedehnten Forschungen in die That umsetzte, Forschungen, die zum ständigen Erbgut der Wissenschaft geworden sind, die von der Gehirnlocalisation bis zu den Erscheinungen des Hypnotismus, von der Physiopathologie der Sprache bis zu den körperlichen und moralischen Entartungen des Menschen, von den telepathischen u. spiritistischen Phänomenen bis zur Entstehung der Halluci-

nationen gehen; ein Gedanke, den er auch zu verwirklichen suchte dadurch, dass er die objectiven Forschungsmittel im psychiatrischen Institut zu immer grösserer Wichtigkeit erhob . . .

. . . . Er ist ein Meister, der sich seine Schule gegründet, sie aber nicht als die Sklavin einer Formel, sondern als ein starkes Geschöpf, dem aus allen Quellen Leben zufliesst, aufgefasst hat. Nicht das vorgezeichnete Schema, sondern die Ableitung der zur Beleuchtung der Seelenprobleme nützlichen Elemente aus allen Anschauungen und von allen Gesichtspunkten heraus zeichnete ihn aus. Er wollte alle Stimmen mitsprechen lassen, vorausgesetzt, dass sie Wahrheit sprächen, dass alle wissenschaftlichen Mittel zum Studium versucht, alle Wege begangen würden; und auf diesen mannigfaltigen Wegen hat er die Energien geleitet, die sich ihm darboten, indem er sie zuerst sichtete und die nützliche Richtung aufdeckte und diese nährte: und er hat es nie zugegeben, dass irgend eine Flamme, die lebendig und rein war, verlöschen durfte.

So hat er, mit Rath und That, mächtig dazu beigetragen, dass die Psychiatrie ihre Wurzeln auf dem weiten Boden der Biologie ausbreitete und daraus eine tiefe und neue Belebung erfuhr.

Aber er hat die Wissenschaft nicht nur als eine erhabene und abstracte Erscheinungsform des Gedankens betrachtet, er hat sie auch als die Form verstanden, die das gute Wort eingiebt, die heruntersteigen und unter den Menschen, die leiden, als Trösterin wandeln soll . . .

. . . Möge er nun den Gruss in diesem 25jährigen Jubiläum der ersten wissenschaftlichen und practischen Anerkennung empfangen; in dieser idealen Ruhepause zwischen Vergangenheit und Zukunft möge er die besten Erinnerungen wieder anknüpfen, möge er die Glück- und Segenswünsche von allen denen, die die ganze Poesie fühlen, welche in seinem Werke als Gelehrter und als Mensch eingeschlossen ist, empfangen.

15. December 1901. Das Comité.

Das vorliegende Heft der Rivista*), zum grössten Theil aus Artikeln von Schülern Tamburinis zusammengesetzt, trägt dessen Bildniss und ist ihm zugeeignet, als eine Huldigung seiner Mitarbeiter, zur Erinnerung an das freudige Datum dieses Jahres, in welchem der fünfundzwanzigjährige Jahrestag sich erfüllt, dass er, mit der grössten Sorgfalt und der erleuchtetsten Weisheit, die Direction der Rivista übernahm.

Zeitverhältnisse, also unabhängig vom Comité und von den Unterzeichnenden, haben es verhindert, die erste Absicht verwirklichen zu können, d. h. einen ganz aus den Tamburini zugeeigneten Arbeiten zusammengesetzten Band herstellen zu können; man hat daher geplant, die gesammelte Summe von 2000 Franken anders zu verwenden und hat beschlossen, ihm, am 15. dies., eine goldene Medaille zu überreichen, die auf der rechten Seite das Bildniss des Meisters trägt, auf der Kehrseite die Widmung:

Dem August Tamburini
die Collegen und die Schüler
1876—1901.

*) Referate erscheinen demnächst.

— **Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in München.** Im Mineralogischen Hörsaale der Technischen Hochschule, dem durch Pflanzenschmuck ein festliches Aussehen gegeben war, begann am 14. ds. Mts. vorm. 9 Uhr die Tagung, zu der sich Vertreter der staatlichen und städtischen Behörden, hervorragende Aerzte und Universitätsprofessoren eingefunden hatten. Es waren zur Begrüssung anwesend der Rector magnificus der Universität Professor Dr. Brentano, der Generalstabsarzt der Armee Dr. Bestelmeyer, Ministerialrath im Kultusministerium Dr. von Bumm, der Vorstand der oberbayerischen Kreisirrenanstalt Dr. Vocke u. A.

Geh. Univ.-Prof. Medicinalrath Dr. Jolly (Berlin), der Vorsitzende des Vereins, eröffnete mit kurzen Worten die Versammlung und begrüsste die Vertreter der Behörden, die Mitglieder und Gäste; Obermedicinalrath Dr. von Grashey ergriff Namens der Staatsregierung das Wort, um die Versicherung zu geben, dass die Regierung, an der Spitze Minister Freiherr von Feilitzsch, der selbst Ehrendoktor der Medicin sei, den Bestrebungen des Vereins das lebhafteste Interesse entgegenbringe. Die Wissenschaft der Psychiatrie habe einen grossen Aufschwung genommen und daran habe auch der Verein ehrenvollen Antheil. Sein Einfluss habe sich bei Fragen der Gesetzgebung auf psychiatrischem Gebiet geltend gemacht, er habe auch auf die Ausgestaltung der neuen Prüfungsordnung dahin gewirkt, dass der Psychiatrie bei den allgemeinen ärztlichen Prüfungen ein grösserer Einfluss zukomme. Die Fürsorge für die Geisteskranken bekunde sich in Bayern in weitgehender Weise, das zeige die Einrichtung neuer grosser und mustergiltiger Anstalten in Oberbayern und in Mittelfranken, in welch letzterem Kreise sechs Millionen für die neue Irrenanstalt aufgewendet wurden.

Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Messerer sprach als Vertreter der Kreisregierung aus, dass diese als Oberaufsichtsbehörde über die Kreisirrenanstalt begründetes Interesse an den Beratungen habe.

Bürgermeister von Brunner wies auf die Entstehung der neuen Kreisirrenanstalt Eglfing und der Universitäts-Irrenklinik hin und gedachte der hervorragenden verdienstlichen Arbeit, welche die Medicinalräthe Dr. von Grashey und Dr. von Bumm, bei antiquirten Einrichtungen, geleistet. Die Stadt wünsche, dass die Arbeit der Psychiater von Nutzen sein, und dass nach gethaner Arbeit die Versammelten von dem gastlichen und künstlerischen München gute Eindrücke gewinnen mögen.

Als „Hausherr" richtete Prof. Dr. von Dyck, der Director der Technischen Hochschule, herzliche Worte an die Versammlung, die, wie vor ihr schon viele andere, dem Wohle der Menschheit ihre Arbeit widme.

Medicinalrath Prof. Dr. von Bumm sprach Namens des Lokalkomites.

Der Vorsitzende des Vereins, Geheimrath Dr. Jolly, dankte wiederum den Rednern und den Vertretern der Behörden und Ehrengästen für die liebevolle Aufnahme des Vereins, der seit 1860 bestehe, und bei seinen Wanderversammlungen öfter nach Bayern sich gewendet habe, in dessen Hauptstadt

er zum letzten Male vor 27 Jahren getagt. Dem unvergesslichen Dr. Gudden, der damals der Versammlung präsidirt, werde der Verein einen Kranz auf's Grab niederlegen. Seit jener Zeit habe die Psychiatrie in Bayern grosse Fortschritte gemacht und es herrsche hier das Bestreben, diese Wissenschaft zur höchsten Vollkommenheit zu heben. Der Redner gedenkt hierbei auch der Verdienste des ehemaligen Collegen Medicinalrath Dr. Grashey.

Nach Bekanntgabe der Namen der Mitglieder, die der Verein durch den Tod verloren (Bandorf, Langreuter, Binder, Gessler, Müller) und zu deren Ehrungen man sich von den Sitzen erhob, wurde in die Berathungen eingetreten. (Forts. in nächster Nr.)

— **Vor Gericht**. Eine Lücke im Gesetz. Bedenken gegen einige Entscheidungen des Reichsgerichts drückte kürzlich der Vorsitzende der vierten Strafkammer des Landgerichts I Berlin bei der Verhandlung eines Straffalles aus, der allerdings recht charakteristisch war. Angeklagt waren der pensionierte geprüfte Heizer bei der Anhalter Bahn H. und dessen Ehefrau wegen wiederholten Ladendiebstahls bezw. Hehlerei. H. hatte am 6. März das Wertheimsche Geschäft in der Leipzigerstrasse besucht; er trug eine grössere Ledertasche in der Hand, und eine Detektivin, die ihn beobachtete, glaubte wahrzunehmen, dass er einen ausgelegten Gegenstand in diese Tasche hinein eskamotierte. Der Angeklagte suchte, als er sich beobachtet fühlte, zu entkommen, wurde jedoch festgehalten und visitiert. Da fand man denn in der Tasche eine ganze Anzahl grösserer und kleinerer Gegenstände, die dem Wertheimschen Geschäft entnommen waren. Er gab auch zu, diese aus Vergesslichkeit in die Tasche gesteckt zu haben. Als bei ihm Haussuchung abgehalten wurde, stellte sich seine Wohnung als eine Art Filiale des Wertheimschen Geschäftes dar. Bei einer grossen Reihe von Gegenständen der allerverschiedensten Art, Bedarfsartikel, Nippes, ganzen Kartons mit Seife, Zimmerschmuck u. s. w. konnte festgestellt werden, dass sie aus dem Wertheimschen Geschäft herstammten. Die Anklagebehörde nahm an, dass alle diese Gegenstände, zu deren Anschaffung dem Angeklagten die Mittel fehlten, von ihm gestohlen seien. Die angeklagte Ehefrau behauptete dagegen, dass sie die Gegenstände in der festen Meinung in Empfang genommen, dass er sie ehrlich erworben habe. Im gestrigen Termin blieb die Frau bei dieser Behauptung, während aus dem Ehemanne überhaupt nichts herauszubringen war: er erklärte auf alle Fragen des Vorsitzenden, dass er sich auf nichts besinnen könne. Die Erklärung hierfür gab der Sachverständige Dr. med. Bohnstedt, welcher bekundete, dass der Angeklagte wegen hervortretender geistiger Abnormität seinerzeit pensioniert, sein Geisteszustand von Professor Dr. Mendel und in der Maison de santé untersucht worden sei und kein Zweifel obwalte, dass bei ihm eine unheilbare Paranoia vorliege. Auf Grund dieses Gutachtens musste der Gerichtshof nach Paragraph 51 St. G. B. zur Freisprechung des Angeklagten kommen; längere Berathung widmete er aber der Frage, wie die Frau strafrechtlich zu behandeln sei. Wie der Vorsitzende hervorhob, hatte der Gerichtshof nicht den geringsten Zweifel, dass die Frau den unredlichen Erwerb der Sachen vollkommen gekannt habe, er musste sie aber dennoch freisprechen, weil nach mehrfachen Reichsgerichtserkenntnissen, die dem Gerichtshof bedenklich erscheinen, der Fortfall der Hauptthat auf Grund des Paragraphen 51 auch die Unmöglichkeit einer Bestrafung wegen Begünstigung, Hehlerei u. s. w. zur Folge habe, und andererseits nicht alle Thatbestandsmerkmale gegeben seien, um die Frau etwa wegen Unterschlagung verurtheilen zu können.

— Ansbach. Am 1. Mai wird die hiesige Kreisirrenanstalt mit vorläufig 60 Kranken, welche von Erlangen hierher überführt werden, in Betrieb genommen.

— Ein geisteskranker Attentäter. Die Polizei in Brüssel verhaftete einen Geisteskranken, der in das Königliche Palais eindringen wollte, um, wie er angab, den König zu ermorden. Der Kranke wurde einem Irrenhause überwiesen.

— Dortmund. Die vom westfälischen Provinzial-Landtag eingesetzte Commission zur Vorbereitung einer neuen Provinzial-Irrenanstalt hat für den 18. d. Monats eine Besichtigung der von der Rheinprovinz neuerdings erbauten und im vorigen Jahre in Benutzung genommenen Provinzial-Irrenanstalt zu Galkhausen bei Langenfeld in Aussicht genommen.

Referate.

— Ewald Stier, Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg 1902. 43 S. Gebrüder Lüdeking.

Die Zahl der beim Militär beobachteten Geisteskrankheiten ist nach den einschlägigen Sanitätsberichten eine auffallend geringe; in Wahrheit ist sie viel grösser, da noch viele hier nicht rubricirten Fälle von Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie, manche Selbstmörder hinzukommen, und die wegen Geistesstörung Entlassenen sowie die Psychosen im Officierstande und bei den Cadetten hierbei keine Berücksichtigung gefunden haben. Bedenkt man nun weiterhin den weitgehenden Einfluss, den Geistesstörungen ausüben, so erhellt daraus sattsam die Bedeutung der Psychiatrie für die Militärmedicin. Sicherlich wird jeder Psychiater den Ausführungen des V. beistimmen, dass neben den längst anerkannten und zweifellos wichtigsten Zweigen, der Hygiene, der Chirurgie und der Lehre von den Infectionskrankheiten, auch die Psychiatrie als nothwendige Specialdisciplin anerkannt werden muss. Muss doch V. zugeben, dass in psychiatrischen Fragen die Armee auf Civilärzte angewiesen ist.

Selbstverständlich soll kein Geisteskranker eingestellt werden; ebenso befreit nach der Verordnung überstandene Geisteskrankheit oder ein hoher Grad von geistiger Beschränktheit, der die militärische Ausbildung verhindert, von der Dienstpflicht. Um ersteres zu ermöglichen, sollen die Civilbehörden gezwungen werden, den überstandenen Aufenthalt in einer Irrenanstalt bei einem jeden Namen in der Stammrolle zu vermerken. Wichtiger ist noch die Fernhaltung von Schwachsinnigen, die grade hier so oft verkannt

werden; deshalb sollen auch die in der Stammrolle vorgemerkt werden, welche eine Schule für schwachbefähigte Kinder besucht haben.

Bei fast allen psychisch erkrankten Soldaten ist hereditäre Belastung nachzuweisen. Deshalb aber alle Belasteten auszuscheiden ist weder ausführbar noch auch unbedingt zweckmässig. Immerhin verdient die Erblichkeit bei der Einstellung berücksichtigt zu werden, ebenso wie das mehrfache Vorkommen von Degenerationszeichen als ein objectiv sichtbares Zeichen der erblichen Belastung. Diese Faktoren sollten in jedem fraglichen Falle zu Ungunsten der Einstellung sprechen. Dies gilt in noch höherem Maasse bei der Einstellung von Berufssoldaten.

Nach der Einstellung kommt wesentlich die Prophylaxe und die Therapie der Seelenstörungen in Betracht.

Die beste Prophylaxe gegen Psychosen nicht nur sondern auch gegen Vergehen ist eine Entlassung aller Individuen, welche bei ihrer Ausbildung sich geistig als wesentlich unter dem Durchschnittsniveau stehend ausweisen, bei möglichst freier Auslegung des Begriffs der Beschränktheit. Daneben spielt der Kampf gegen den Alkohol und die Lues eine wichtige Rolle.

Eine der schwierigsten Aufgaben wird eine frühzeitige Erkennung der Störungen sein; das beste Mittel ist eine längere Beobachtung im Lazareth. Simulation ist im ganzen selten und heute noch seltener dank unserer erweiterten klinischen Kenntnisse. Eine gute psychiatrische Ausbildung der Militärärzte ist nöthig und eine Berücksichtigung der Psychiatrie in den Fortbildungscursen ist dringend wünschenswerth.

Jedes Lazareth sollte Einrichtungen haben zur vorläufigen Unterbringung auch der erregtesten Kranken. Das ist aber nur ein Nothbehelf. Alle zweifellos Kranken sollen möglichst bald einer Irrenanstalt überwiesen werden. Zur Untersuchung fraglicher und zur Begutachtung gerichtlicher Fälle soll in dem grössten Lazareth eines jeden Armeecorps eine Nervenabtheilung unter Leitung eines psychiatrisch vorgebildeten Arztes eingerichtet werden. Einer Militärirrenanstalt bedarf es nicht für die Mannschaften, eher für die Behandlung erkrankter Officiere und Unterofficiere, zur Erleichterung ihrer wirthschaftlichen Nothlage.

Dies der Inhalt der Brochure, der ein Litteraturverzeichniss beigefügt ist. Ihre Lectüre ist dringend anzuempfehlen. Sie bringt viele beachtenswerthe Vorschläge, zumal sie von einem Militärarzt stammen, der einen offenen Blick für bestehende Mängel und psychiatrische Kenntnisse hat. Ernst Schultze.

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie und Verwandtes.

1. Quartal 1902. Zusammengestellt von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Murache: Le mariage; étude de socio-biologie et de médecine légale. Paris, Meau, 4 fr.

Haberlandt: Erklärung in der Biologie. Rede, 2. Aufl., Prag. 60 Pf.

Bonhöffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, Fischer, 220 S. 5 M.

Pöche: Die sexuelle Neurothenie etc. Leipzig, Deusser. 1,50 M.

Steingiesser: Das Geschlechtsleben der Heiligen. Ein Beitrag zur Psychopathia sexualis der Asketen und Religiösen. Berlin, Walter. 1 M.

Hundt: Ueber scheinbaren Selbstmord bei akuter Erkrankung. Diss., Kiel 1901.

Le Rutte: Onderzoek van J. B., beschuldigd van het feit strafter volgens Art. 247 W. v. G. Psychiatrische en neurologische Bladen 1901, p. 387.

Schermers: Eenige anthropologische maten bij krankzinnigen en nich krankzinnigen onderling vergleken. Ibidem p. 306.

Ferri: Cursus over Crimineele Sociologie. Ref. van Meijers. Ibidem, p. 456.

Näcke: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle, Marhold, 1902. 57 S., 2 M.

Talbot: Degeneracy and political assassination. Medicine, Dec. 1901.

Winter and Steinach: Identification of the insane. Archives of neurology and psychopathology 1900, vol. 3, p. 313 (erst Jan. 1902 erschienen).

Winter: The cephalic index. Ibidem, p. 375.

Fliess: Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. Halle, Marhold, 1902, 24 S.

Perrone-Gapano: Il diritto, dinanzi alle nuove correnti sociali e politiche (l'anarchia e il socialismo rivoluzionario). Rivista mens. di psich for. etc., dic. 1901 (erschienen im Januar 1902).

Ed. v. Hartmann: Der vierte, fünfte und sechste Stand. Die Woche 1902, Nr. 3.

Henneberg: Beitrag zur forensischen Psychiatrie: Beeinflussung einer grösseren Anzahl Gesunder durch einen geisteskranken Schwindler (Pseudologia phantastica). Charité-Annalen. XXII. Jahrg.

Näcke: Einige „innere" somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den inneren Hauptorganen der Menschen. Allgem Zeitschr. für Psychiatrie etc. 58. Bd., p. 1009—1078.

Audiffrent: Quelques considérations sur l'infanticide. Archives d'antrop. crim. etc. 1902, p. 16.

Brouardel: Les empoisonements criminels etc. Paris, Baillière, 238 S., 1902.

Baelz: Ueber den Nutzen wiederholter Messungen der Kopfform und der Schädelgrösse bei denselben Individuen. Correspondenz-Blatt der deutschen Gesellsch. f. Anthrop. etc. 1901, p. 131.

Virchow: Ueber Schädelform und Schädeldeformation. Ibidem p. 135.

Waldeyer: Das Gehirn des Mörders Bobbe. Ibidem, p. 140.

Roubinovich: Tabes et inculpation d'attentats aux mœurs Archives d'anthrop. crim. etc. 1902, p. 56.

Sullivan: Crime in general paralysis. Journal of mental science, january 1902.

Liepmann: Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen im Lippenroth der Menschen. In.-Diss., Königsberg 1900.

Krakow: Die Talgdrüsen der Wangenschleimhaut. In.-Diss., Königsberg 1901.

Else Conrad: Vagabundiren mit Vagabunden.

Archiv für Kriminal-Anthropologie etc. 8. Bd., 2. H., p. 129.

Osc. Stern: Verbrechen und Gesetzniedrigkeit. Ibidem, p. 166.

v. Schrenck-Natzing: Eine Freisprechung nach dem Tode. Ibidem, p. 177.

Lehmann: Die Polizei und der Zeugnisszwang im Strafverfahren. Ibidem, p. 185.

H. Kornfeld: Ueber überflüssige Sektionen. Ibidem, p. 192.

Pollak: Ein Fall reflexoiden Handelns. Ibid., p. 198.

de Blasio: Nuove ricerche interno al tatuaggio psichico dei delinquenti napoletani. Riv. mens. di psich. for. etc. 1902, p. 1.

Penta: Sulla responsibilità diminuita. Ibidem, p. 12.

Gumpertz: Ueber die Behandlung geisteskranker Verbrecher. Deutsche medic. Presse 1902, Nr. 1.

Lacassagne: La médecine d'autrefois et le medecin au 20. siècle. Archives d'anthropol. crimin. etc. 1902, p. 65.

Épaulard: Le vampyre de Muy. Ibidem, p. 107.

Mac Donald and Spitzka: The trial, execution, autopsy and mental status of Leon Czolgosz etc. The journal of mental pathology, 1902, dec. 1901 and jan. 1902.

Spitzka: Remarks on the Czolgosz case ad allied questions, as presented by Dr. Talbot. Medical Critic, Jan. 1902.

Giuffrida-Ruggeri: Un caso di atrofia dell' ala magna dello sfenoide e altre particolartà nella norma laterale. Considerazioni sul signifcato gerarchico delle anomalie craniche. Monitore zoologico Italiano, anno XIII, Nr. 1, 1902,

Seligmann: Sexual insersion among primitive races. Alienist and Neurologist 1902, Nr. 1.

Courtney: Mamal Stigmata of degeneration. Ibid.

Talbot: Juvenile female delinquents. Ibidem.

Hughes (Charles Hamilton): Medical aspect of the Czolgosz case. Ibidem.

Drahms: (Rev. August) Leon F. Czolgosz. Ibidem.

Masi: La stereodiografia del cranio. Il Manicomio etc. 1902, Nr. 3.

Tiessen: Der Ausdruck der Ohrmuschel. Der Tag. 1902, No. 109.

E. C. Spitzka: Regenticides not abnormal as a class. — A protest against the chimera of degeneracy. Philadelphia med. Journal 1902, p. 8.

Böhlau: Zur Lehre von den Degenerationsanomalien der Ohrmuschel mit Berücksichtigung der Degeneration im Allgemeinen. Diss. Würzburg 1901.

Hennig: Ueber congenitale echte Sacraltumoren. Diss., Jan. 1900.

Meyersohn: Zur Casuistik der embryonalen Drüsengeschwülste der Niere. Diss., Würzburg 1901.

Müller: Ueber congenitale Sacraltumoren. Diss. München 1901.

Reibmayr: Ueber den Einfluss der Inzucht und Vermischung auf den politischen Charakter einer Bevölkerung. Politisch-anthropologische Revue, 1902, Nr. 1.

Pactet: Les aliénés devant les tribunaux. Revue de psychiatrie etc., mars 1902.

Perrier: La vie en prison. Archives d'anthropologie criminelle etc. 1901, p. 129.

Rollet: L'homme droit et l'homme gauche. Ibidem, p. 177.

Baumgarten: Polizei und Prostitution. Archiv für Kriminalanthropologie etc. 1902, p. 233.

Robins: Eine Studie über Postamtsverbrecher. Ibidem, p. 298.

Stern: Das Wesen des Strafregisters. Ibid. p. 260.

Amschl: Der Mord an Therese Pucher. Ibidem, p. 268.

Kenyeres: Fremdkörper in Verletzungen. Ibidem, p. 309.

van Ledden-Hulsebosch: Eine Vergiftung mit Mohnfrüchten. Ibidem, p. 317.

Lohsing: Bedeutung und Vornahme der Wertherhebungen im österreichischen Strafverfahren. Ibidem, p. 319.

Nemanitsch: Ein zerkochter Ermordeter. Ibid., p. 327.

Näcke: Angebot und Nachfrage Homosexueller in Zeitungen. Ibidem, p. 339.

van Ledden-Hulsebosch u. Ankersmit: Ueber die Haupteinflüsse, welchen Schriftstücke und Werthpapiere ausgesetzt sind. Ibidem, p. 351.

Asselin: L'état mental des parricides. Paris, Baillière, 1902.

Meige: L'infantilisme. Gazette des hôpitaux.

Richard: Le mensonge chez la femme hystérique. Diss., Bordeaux.

Cloître: Dégénérescence et mysticisme. Dissert. Bordeaux.

Butler Metzger: The insane criminal. American Journal of insanity 1901, Oct.

Moll: Gesundbeten, Medicin und Occultismus. Berlin 1902, Walther, 47 S.

Bloch: Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Dresden, Dohau 1902, 272 S., 7 M.

Personalnachrichten.

— Ostpreussen. Der pract. Arzt Dr. Wehowski aus Miran als fünfter Arzt der Prov.-Irrenanstalt Allenberg, der pract. Arzt Bibrowicz aus Grätz als sechster Arzt daselbst angestellt. Die Stelle des zweiten Arztes der Ostpreussischen Provinzial-Besserungs-, Landarmen- und Irrenanstalt zu Tapiau ist dem approbierten Arzt Dr. Krakow von hier zunächst auf Probe vom 1. April d. J. ab übertragen. — Bei der Provinzial-Irrenanstalt Kortau sind folgende Aenderungen eingetreten a) der V. Arzt Dr. Ehrhardt scheidet am 1. April d. J. zwecks Uebertritts zur Anstalt für Epileptische zu Carlshof aus dem Provinzialdienst aus; b) die V. Arztstelle ist dem zeitweiligen VI. Arzt Dr. Dekowski; c) die Stelle des VI. Arztes dem bisherigen Volontärarzt Dr. Bosse; d) die neu geschaffene VII. Arztstelle dem Dr. Fritz Hoppe von hier z. Z. in Soldau übertragen worden. —

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich. **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med. Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin. **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 4. 26. April. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Wie gross sollen neue öffentliche Gehirnkrankenanstalten gebaut werden?

In Nummer 51, S. 504 Jahrg. III dieser Wochenschrift wird die westfälische Provinzial-Verwaltung davor gewarnt, den Gedanken des Baues einer Gehirnheil- und Pflegeanstalt zur Ausführung zu bringen, welche bis 1400 Plätze enthielte. Warum ich einen neuen Namen für diese Anstalten anwenden möchte, begründe ich weiter unten. Die Frage der Grösse derselben aber ist noch bestritten genug, um es wünschenswerth erscheinen zu lassen, sie von Neuem zu erörtern. Seit den letzten Verhandlungen darüber sind wieder einige Jahre ins Land gegangen, und man hat neue Erfahrungen gesammelt. Fast überall in Deutschland drängt der Umfang der Anstalten weiter über das anfänglich so gern festgehaltene Mass hinaus. Blickt man statt 5 Jahren 50 Jahre zurück, so sind aus dem früher für zulässig gehaltenen Höchstmasse der in einer Anstalt unter einem dirigirenden Arzte zu behandelnden Kranken von 300 allmählich 400, dann 500 und 600 geworden. Neuerdings wird auch diese Zahl noch überschritten, und zwar ohne dass man glaubt, damit das System der einheitlichen ärztlichen Leitung der ganzen Anstalt zu verlassen. Durch die nöthige Zahl der Abtheilungsärzte, welche dem Director beigegeben werden, glaubt man zu erreichen, dass der letztere entlastet werde und doch zugleich noch im Stande bleibe, nicht allein den ganzen Betrieb der Anstalt zu übersehen und im Einzelnen zu controlliren, sondern auch der massgebende Arzt aller Kranken zu sein. Das Mass der in einer Gehirnkrankenanstalt zu leistenden ärztlichen Arbeit hängt bekanntlich fast noch mehr von dem Wechsel der Kranken, der sich in der Aufnahme und Abgangsziffer ausdrückt, als von dem Durchschnittsbestande ab. Während nun bisher eine preussische Normalanstalt eine Aufnahmeziffer von 150 bis 200 zu haben pflegte, sieht sich heutzutage der Director eines Provinzial-Gehirnkrankenhauses nicht mehr selten vor die Aufgabe gestellt, eine Anstalt von 600—700 Kranken und einer Aufnahmezahl von 300 und mehr ärztlich zu leiten und sachlich zu verwalten. Er soll die Personalien behandeln, die Bausachen, das Inventar, die Küche, Landwirthschaft, Bekleidung, Wäsche nicht nur im Auge haben, sondern auch bei allen die Entscheidung geben, Stockungen beseitigen, Fehler abstellen, zahl-

reiche Berichte schreiben, sämmtliche Rechnungen anweisen, und dabei soll er nicht nur alle Kranken im Kopfe haben, sondern er soll die Behandlung der Kranken wirklich leiten, auf ihre gesammte gute Haltung und Pflege achten, zu ihrer Beschäftigung antreiben, er soll alle Aufnahmeanträge erledigen, alsdann auf das Pflegepersonal achten, die jüngeren Collegen anleiten, endlich die wichtigeren Gutachten selbst schreiben, Termine wahrnehmen und was es sonst noch giebt. Wie das ein Mensch fertig bringen soll, ist mir ein Räthsel. Dass so ein Director auch nebenbei noch Mensch sein, d. h. allgemeine Interessen vertreten, für seine Familie sorgen und bestrebt sein soll, der Wissenschaft zu dienen, sich und die Anstalt weiter fortzubilden, dass wird wohl stillschweigend auch noch erwartet. Wer aber glaubt, dass das möglich ist, möglich bei den gestiegenen Anforderungen an die Krankenbehandlung und an exakte Verwaltung, der befindet sich meines Erachtens in einer vollständigen Illusion. Die Collegen, welche solche aus dem ursprünglichen Plan herausgewucherten Anstalten zu leiten haben, werden selbst diese Illusion nicht theilen. Sie werden wissen, wieviel sie von ihrer Selbständigkeit und Verantwortung auf Andere übertragen haben, aber sie werden auch das Missverhältniss empfinden, welches auf diese Weise entsteht. Der Director fühlt sich getrieben, nach Möglichkeit der Aufgabe, selbst zu arbeiten, gerecht zu werden, weil dies der durch die Dienstvorschriften begründeten Erwartung der Behörden entspricht, so kommt er in die Gefahr, sich mehr zuzumuten und sich eine grössere Verantwortung aufzuladen, als er tragen kann. Er reibt sich auf und kann doch vielleicht nicht verhindern, dass Mängel im Anstaltsbetriebe eintreten, welche ihm zur Last gelegt werden. Wenn solche Nachtheile in den über 500 Kranke wesentlich hinausgewachsenen Anstalten nicht entstehen, so kann das meines Erachtens nur daher kommen, dass thatsächlich die in Alles eindringende ärztliche und administrative Leitung des Directors in jenen Anstalten nicht mehr besteht. So wird aber in jenen Anstalten ein Schein entstehen, welcher den Thatsachen nicht entspricht. Wird aber die Verantwortlichkeit des Directors wissentlich auf das erträgliche Mass eingeschränkt, sodass nicht nur Nachtheile, sondern auch jener falsche Schein vermieden werden, so können darum jene Grössenverhältnisse doch nicht als zweckmässig angesehen werden, denn dann ist das alte gute Prinzip des Alles vertretenden Directors verlassen, ohne dass für diesen Verlust ein entsprechender Ersatz gewonnen wäre. Die Mehrverpflegung von 200 Kranken kann als ein solcher Ersatz nicht angesehen werden, es müsste denn sein, dass eine Anstalt eine ganz ungewöhnlich hohe Zahl von Aufnahmen hätte; ein voller Ersatz tritt erst ein, wenn das Prinzip der getheilten Verantwortung wirklich ausgenutzt und demgemäss bei einer normalen Aufnahmeziffer eine weit höhere Verpflegungszahl als 700 erreicht wird.

Sobald man die Grenze von 500 Bestand und höchstens 200 Aufnahmen überschreitet, verlässt man das normale, der Kraft eines dirigirenden Arztes angepasste Verhältniss, und je weiter man sich von ihr unter Aufrechterhaltung der einheitlichen ärztlichen Leitung entfernt, um so grösser wird das Missverhältniss in der Organisation. Fügt man zu dem einen Oberarzt ohne Aenderung des Systems einfach einen zweiten hinzu, so hat man eine Halbheit, denn dann hat der Director zwar einen Gehülfen mehr, aber seine Verantwortlichkeit ist dieselbe geblieben. Geht man aber dazu über, die Verantwortlichkeit zu theilen, und stattet den Oberarzt mit voller Verantwortlichkeit neben dem Director aus, so ist bei 700 Kranken und der dieser Zahl gewöhnlich entsprechenden Aufnahmeziffer die Aufgabe für jeden Einzelnen zu gering, weil dann der Director bei seiner Verwaltungsarbeit immer noch die Behandlung von etwa der Hälfte der Kranken verantwortlich leiten kann, und der Oberarzt mit Hülfe der darum doch nicht entbehrlichen Assistenzärzte weit mehr als die übrig bleibende Hälfte der Kranken zu versehen im Stande ist. Auch der Ausweg, den man noch wählen kann, dass der Director dem Oberarzt gewisse Verwaltungsarbeiten überträgt, führt nicht zu einer günstigen Eintheilung. Ein richtiges Verhältniss tritt erst wieder ein, wenn eine Grösse der Anstalt erreicht ist, bei welcher Beide, der Director und der Oberarzt, bei voller Arbeitstheilung ausreichend beschäftigt sind.

Das kann zunächst bei 800 bis 900 Kranken sein, bei denen der Director die gesammte Verwaltung und ein paar wichtige Abtheilungen, der Oberarzt aber das Gros der Kranken haben wird. Man kann aber, wenn man einmal soweit gegangen ist, nun sehr leicht noch einen Schritt weiter thun und einen zweiten selbständigen Oberarzt anstellen. Jeder von ihnen übernimmt mit den nöthigen Hülfsärzten eine Geschlechtsseite, der Director die Verwaltung, und er versieht mit Hülfe eines Assistenzarztes, welcher für ihn die Status und Krankengeschichten schreibt, zugleich eine Aufnahmeabtheilung. Bei einer solchen Eintheilung können ohne Schwierigkeit 1200—1400 Kranke einer Klasse in einer Anstalt verpflegt werden. Man kann aber dann alle Vortheile des Grossbetriebes ausnutzen, der Grunderwerb wird billiger, und dass sich auch die Baukosten niedriger stellen ist nicht zweifelhaft. Durch Vergleiche der Baukosten von Anstalten ver-

schiedener Grösse kann man sich wegen der zahlreichen in Betracht kommenden Umstände hierüber schwer Klarheit verschaffen. Zu einem überzeugenden Ergebniss gelangt man aber, wie jeder Baumeister bestätigen kann, wenn man berechnet, wieviel unter ganz gleichen Verhältnissen eine Anstalt kostet und wie hoch die Bausumme für 2 oder 3 Anstalten kommt, welche zusammen nicht mehr Personen fassen können als die eine. Alsdann sind alle Mittel des praktischen und ärztlichen Betriebes in einer solchen Anstalt grösser und reicher, das Anstaltsleben im Ganzen ist bedeutender und anregender. Gewiss, die alte kleinere Anstalt mit ihrem einheitlichen Geist und patriarchalischen Anstrich ist im gewissen Sinne ein Ideal und wird es bleiben, aber neue Zeiten bringen neue Forderungen, und man kann es den Behörden, welche sehen, dass es mit den grossen Anstalten geht, nicht übel nehmen, wenn sie lieber eine grosse als mehrere kleine Anstalten bauen. Die grossen Anstalten halte ich jedenfalls für besser als solche, die weder gross noch klein sind. Ich will gerne bekennen, dass ich keine eigene Erfahrung von grossen Anstalten habe, und die oben dargelegte Anschauung nur aus vergleichender Beobachtung abgeleitet ist; mögen daher Collegen, welche nach den angedeuteten Richtungen eigene Erfahrung besitzen, die Gute haben, auch ihre Meinung mitzutheilen.*)

Nun habe ich mir gestattet, in den vorstehenden Zeilen statt des Wortes „Irrenanstalt" Ausdrücke wie „Anstalt für Gehirnkranke", „Gehirnkrankenhaus" zu gebrauchen. Man kann diese Ausdrücke noch weiter abändern, indem man sagt „Gehirnheil- und Pflegeanstalt" oder sogar kurz „Gehirnanstalt." Bekanntlich sind die Bemühungen, den Ausdruck „Irrenanstalt" los zu werden, so alt wie die moderne Irrenpflege, sagen wir „Gehirnkrankenpflege" überhaupt. Man empfindet, dass der Ausdruck „Irrenanstalt" hart und sachlich nicht zutreffend ist; die Insassen unserer Anstalten sind grossentheils nicht „irre", und die falschen Vorstellungen, welche das Publikum mit diesen Anstalten verknüpft, werden durch das Wort „Irre" und „Irrenanstalten" wesentlich genährt. Man hat nun versucht, der Sache abzuhelfen, indem man aus den Bezeichnungen einfach die Silben „Irren" fortlässt und nur von „Landes- oder Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten" spricht. Oder man gebraucht statt der Artbezeichnungen Eigennamen und verbindet damit oft die Bezeichnungen „Asyl", „Hospital" u. dgl. So entstanden Namen wie „Friedrichsberg" (Hamburg), „Lindenhaus" (Lemgo), „St. Jürgen-Asyl" (Bremen), „Karl-Friedrich-Hospital" (Blankenhain) u. a. Man muss dieselben als wohlgemeint und angenehm bezeichnen, aber sie selbst beweisen eben die Scheu, welche man empfindet, den eigentlichen Artnamen „Irrenanstalt" auszusprechen, und sie erreichen ihren Zweck nur zum Theil. Ja es wird ihnen sogar zum Vorwurf gemacht, dass sie die vulgäre Scheu vor den Irrenanstalten unterstützen. Wie dem sei, so können jene Eigennamen und alle Bezeichnungen überhaupt, welche Art und Zweck der Anstalten nicht zum Ausdruck bringen, den Gebrauch der Artbezeichnung jedenfalls nicht überflüssig machen. Denn man wird immer wieder genöthigt sein, schriftlich und mündlich den Begriff der Anstalten durch ein kurzes Wort wiederzugeben, und so stellt sich denn immer wieder die noch ungelöste Frage dar, wie das Wort „Irrenanstalt" passend durch ein anderes zu ersetzen sei. Das Wort „Gehirnkrankenanstalt" mit seinen Ableitungen ist ein Versuch, diese Frage zu lösen. Ich bitte um wohlwollende Aufnahme dieses Versuches. Neue Namen haben zuerst immer etwas Fremdartiges. Aber nur etwas ganz Neues kann hier zum Ziele führen; der Name, den ich vorschlage, ist sachlich richtig und sicherlich aufklärend für das weitere Publikum; man darf erwarten, dass er ebenso helfen würde, richtigere Vorstellungen über Geisteskranke und deren Anstalten zu verbreiten, als der alte Name geeignet ist, falsche Vorstellungen fest zu halten. Geht man bis zu den Ausdrücken „Gehirnheilanstalt", „Gehirnpflegeanstalt", „Gehirn-Heil- und Pflegeanstalt", wenn man will auch kurz „Gehirnanstalt", so hat man Bildungen ganz gleich wie „Augenheilanstalt", „Nervenanstalt" und ähnliche. Es dürfte nicht gering anzuschlagen sein, wenn durch allmähliche Einbürgerung und offizielle Anwendung dieser Bezeichnungen die öffentliche Anerkennung erreicht würde, dass Geisteskranke Gehirnkranke sind, und dass Irrenanstalten ebenso wie andere Krankenanstalten Krankenhäuser sind und nichts weiter.

Schaefer-Lengerich.

*) Siehe die am Schlusse dieses Artikels beigefügten Bemerkungen des Herrn Direktor Dr. Alt, Uchtspringe. D. R.

Zu der wichtigen Frage, ob es wirthschaftlich zweckmässig und vom ärztlichen Standpunkte aus unbedenklich sei, Irrenanstalten mit einer Belegungsfähigkeit von 1000 und mehr Kranken zu bauen, hat der Director der diess. Provinzial-Anstalt Lengerich, Herr Dr. Schaefer auf eine kurze darauf bezügl. Ausführung in dieser Zeitschrift Nr. 51 in dem Vorstehenden eine Erwiderung zugehen lassen.

Da sich diese Erwiderung mehr mit der ärztlichen und verwaltungstechnischen Seite der Frage befasst, so

habe ich in Ergänzung der Ausführungen Dr. Schaefers vom bautechnischen und finanziellen Standpunkte aus eine vergleichende Berechnung darüber angestellt, wie sich die Baukosten einer grossen Anstalt von 1000 Kranken ergeben, gegenüber zwei getrennten Anstalten von je 500 Kranken.

Der beigefügten Uebersicht ist in Sp. 1 zu Grunde gelegt das genaue Abrechnungs-Ergebniss der Provinzial-Irrenanstalt Aplerbeck, die mit 500 Kranken belegt ist, in ihren centralen Einrichtungen aber für 600 Kranke ausreicht.

Die Zahlen in Sp. 2, die voraussichtlichen Kosten der einzelnen Theile und Anlagen einer Anstalt für 1000 Kranke, wollen zwar keinen Anspruch auf absolute Genauigkeit erheben, sind aber auf Grund zuverlässiger Unterlagen so ermittelt, dass sie zur Beurtheilung der Frage ausreichend sein dürften, und auch einer eingehenderen Prüfung Stand halten werden.

Zur Erläuterung möchte ich mir folgende Bemerkungen gestatten:

Der Grunderwerb wird um so billiger, je grösser der zusammenhängende Complex ist, zumal der Gutshof, wie er in Aplerbeck mitgekauft wurde, auch bei einer Anstalt für 1000 Kranke nicht wesentlich grösser zu sein brauchte. Der angesetzte Betrag von 280 000 Mk. ist sogar höher, als in andern Provinzen für Grunderwerb bei grossen Anstalten gezahlt worden ist.

Die Kosten der Centralgebäude für Verwaltung und Verpflegung erhöhen sich nicht wesentlich, weil der Raumbedarf in den betr. Gebäuden, sowie die Zahl der Dienstwohngebäude, abgesehen von Aerzten und Pflegern, nicht der Krankenzahl entsprechend steigen wird.

Auch bei den Central-Anlagen tritt, wie jeder Techniker aus Erfahrung bestätigen wird, bei weitem keine der Krankenzahl entsprechende Verdopplung der Kosten ein; doch ist hier, wie auch die Tabelle zeigt, die Steigerung im Einzelnen procentual sehr verschieden.

Bei den Krankengebäuden hingegen werden sich die Ausführungskosten verdoppeln, weil bei doppelter Krankenzahl sich auch die Anzahl der Gebäude mit ihren Installations-Einrichtungen an Heizung, Beleuchtung, Be- und Entwässerung verdoppeln wird.

Die Kosten für die Inventarbeschaffung werden sich ebenfalls annähernd verdoppeln; die Einrichtungen der Centralgebäude für Verwaltung und Verpflegung im geringeren Maasse, als diejenigen der Krankengebäude.

Mögen sich nun auch bei detaillirter Berechnung die Ausführungskosten der einzelnen Positionen noch etwas verschieben, das Gesammtergebniss wird dasselbe bleiben und dieses beweist, dass der Bau einer grossen Anstalt für 1000 Kranke um fast 900 000 Mk. billiger wird, als der zweier getrennten Anstalten für je 500 Kranke.

Es dürfte auf der Hand liegen, dass dies wirthschaftliche Moment für die Entschliessung der Provinzial-Vertretung angesichts der stetigen Steigerung der Belastung durch die Irrenfürsorge von ausschlaggebender Bedeutung sein musste, nachdem die psychiatrischen Sachverständigen den Bau einer so grossen Anstalt für unbedenklich von ihrem Standpunkte aus erklärt hatten.

Ich habe geglaubt, durch vorstehende Ausführungen die Darlegungen des Herrn Dr. Schaefer ergänzen zu sollen.

Vergleichende Kostenübersicht über den Neubau von Anstalten mit 500 Kranken und mit 1000 Kranken.

	1. Die Ausführungskosten der Provinzial-Irrenanstalt zu Aplerbeck, belegt mit 500 Kranken, haben nach der Abrechnung betragen: Mk.	2. Die Ausführungskosten einer entsprechenden Anstalt für 1000 Kranke würden betragen: Mk.
1. Grunderwerbskosten einschl. des alten Gutshofes (etwa 200 Morgen) (in Aplerbeck)	105 000	280 000
2. Gebäude für Verwaltung, Verpflegung u. dgl.		
a) Verwaltungsgebäude	83 000	120 000
b) Betsaal (anstossend an a)	36 000	50 000
c) Wirthschaftsgebäude (in Aplerbeck für 600 Kr. gebaut.)	200 000	240 000
d) Kesselhaus mit Centralbädern u. 2 Dienstwohn.	91 000	110 000
e) Leichenhalle mit Secir-Räumen	14 000	16 000
f) Director-Wohnhaus	38 000	40 000
g) Beamten-Wohnhaus	40 000	40 000
h) Festsaal	43 000	54 000
i) Dienstgebäude für den Geistlichen, Pfleger, Handwerker u. s. w.	94 000	(für Oberärzte) 200 000
Pos. 2 zusammen Mk.	639 000	870 000

3. Central-Anlagen

a) Terrain-Regulirung	15 000	250 000
b) Pflasterungen, Wege-Anlagen, (Anschlussgeleise)	57 000	80 000
c) Garten-Anlagen	40 000	60 000
d) Einfriedigungen, Wandelhallen	33 000	50 000
e) Be- und Entwässerungs-Anlagen	123 000	210 000
f) Heizungsanlagen, Koch- und Waschküchen-Einrichtung	277 000	455 000
g) Electrische-Beleuchtung	58 000	100 000
h) Telephon-Anlage	5 000	9 000
i) Blitzableiter-Anlage	13 000	24 000
k) Bauleitungskosten	74 000	130 000
l) Insgemein	19 000	33 000
Pos. 3 zusammen Mk.	715 000	1176 000
4. Gutshof mit Stallgebäuden, Schemen und 1 Landhaus für Kranke.	104 000	130 000

5. Krankengebäude.

	Zahl		
2 Aufnahme und Beobachtungs-Abtheilungen	56	117 000	
2 Gebäude für Unruhige	48	122 000	
2 „ „ Halb „	120	221 000	
2 „ „ Sieche	56	151 000	
4 „ „ Ruhige	120	193 000	
2 Pensionsgebäude,	60	156 000	
Dazu die Kranken im Wirthschafts-Geb. und auf demGutshof zus.	40		
zus. für	500 Kr.	960 000	1900 000 für 1000 Kr.

6. Inventarbeschaffung für 500 Kranke mit Pflegepersonal	227 000	430 000 für 1000 Kr.

Zusammenstellung.

1. Grunderwerb	195 000	280 000
2. Centralgebäude	639 000	870 000
3. Centralanlagen	715 000	1176 000
4. Gutshof	104 000	130 000
5. Krankengebäude	960 000	1900 000
6. Inventar	227 000	430 000
zusammen	2840 000	4786 000.

Die Kosten betragen also einschl. Grunderwerb und Inventar pro Kopf der Belegung
bei Aplerbeck mit 500 Kranken 5680 Mk.
bei einer Anstalt mit 1000 Kranken 4786 „

Ohne Grunderwerb und Inventar stellen sich die Kosten wie folgt pro Kopf
bei Aplerbeck mit 500 Kranken 4836 Mk.
bei einer Anstalt mit 1000 Kranken 4076 „

Werden zwei Anstalten von der Grösse und Bauart der Aplerbecker gebaut, so kosten dieselben zusammen 5680 000 Mk.

Wird für diese 1000 Kranken eine Anstalt gleicher Bauart errichtet, so kostet diese nur etwa 4786 000 Mk.

Also ergiebt sich als Ersparniss ein Betrag von 894 000 Mk.
durch den Bau einer grossen Anstalt von 1000 Köpfen gegenüber zwei von je 500 Köpfen.

Diese Minder-Anlagekosten werden sich noch vergrössern, wenn die Anstalt, statt für 1000 Kranke, für 1200 bis 1400 eingerichtet wird.

Münster, den 10. April 1902.

Zimmermann, Landesbaurath.

Die von Herrn Collegen Schäfer vorstehend gegebene Anregung, den wenig zutreffenden Ausdruck „Irrenanstalt“ endgültig auszumerzen und durch einen in den Augen der Kranken wie des Publikums minder anstössigen Namen zu ersetzen, dürfte dem Wunsche der Mehrzahl der Fachgenossen entsprechen. Aus ganz den gleichen Erwägungen heraus hat auch der letzte Landtag der Provinz Sachsen die Bezeichnung Provinzial-Irrenanstalt beseitigt und dafür allgemein „Landes-Heil- und Pflege-Anstalt“ eingeführt; auch andere Provinzen und Staaten sind in gleichem Sinne verfahren. Es sei zugestanden, dass auch diese Benennung, welche meines Erachtens immerhin schon einen grossen Schritt vorwärts bedeutet, verbesserungsfähig ist und in absehbarer, hoffentlich baldiger Zeit durch eine noch treffendere verdrängt wird. In diesem Sinne ist der Schäfer'sche Versuch sehr zu begrüssen, wenngleich ich vermuthe, dass der Ausdruck Gehirnkrankenanstalt, Gehirnheilanstalt oder kurzweg Gehirnanstalt bei Publikum und Kranken wenig Anklang finden und zur Beseitigung der Scheu vor den Krankenhäusern für psychisch Kranke nicht viel beitragen dürfte. Wenn im gewöhnlichen Leben davon gesprochen wird, dass Jemand viel mit seinen „Nerven“ zu thun hat, dass seine „Nerven überreizt oder erschöpft“ oder gar „ganz alle“ sind, so wird darunter keineswegs blos eine Erkrankung der peripheren

Nerven verstanden, sondern vielmehr eine krankhafte Schwäche, Ueberreizung oder Erschöpfung des Nervensystems überhaupt, also auch des Gehirns. Erscheint es nöthig, der Bezeichnung Landes-Heilanstalt noch einen abgrenzenden Zusatz zu geben, so dürfte die Vorsetzung des Wortes „Nerven" jeden Zweifel beheben und dabei dem allgemeinen Sprachgebrauch vollauf gerecht werden, ohne unrichtig oder anstössig zu sein. Mir persönlich will übrigens auch das Wort Anstalt wenig gefallen. Ich habe deshalb vor Jahren schon einmal einer Verwaltung die Bezeichnung Provinzial-Nervenklinik vorgeschlagen. Auch das Wort Nerven-Heilstätte hat vieles für sich. Hoffentlich geben die Schäfer'schen Ausführungen von Neuem den Anstoss, einen passenden Namen zu finden oder bekannt zu geben.

Die Frage, wie gross sollen neue Anstalten gebaut werden, ist von mir schon früher wiederholt berührt worden. Ich habe bei jeder sich bietenden Gelegenheit es für meine Pflicht erachtet, vor dem unaufhaltsamen Anwachsen derselben zu warnen. Selbst wenn es vollständig erwiesen sein sollte, dass entsprechend der Grössenzunahme der Anstalt die Anlage- und Unterhaltungskosten pro Bett sich nennenswerth verringerten, die sehr grossen Anstalten also erwiesenermaassen wirthschaftlich erheblich vortheilhafter wären, dürfte nur bis zu jener Grenze der Krankenzahl vorgegangen werden, welche eben noch ohne Gefährdung der Einheitlichkeit der Leitung und Behandlung zulässig ist. Wo liegt aber diese Grenze? Die Antwort hierauf wird von verschiedenen Anstaltsleitern wohl nicht ganz gleichlautend gegeben werden, auch nicht gleichwerthig sein. Denn es ist, worauf Herr Schäfer schon sehr richtig hindeutet, gewiss ein grosser Unterschied, ob man in solchen Fragen seine Ansicht blos vergleichend theoretisch ableitet oder aus eigener praktischer Erfahrung heraus ein Urtheil zu bilden Gelegenheit hatte. Letzteres darf ich wohl für mich in Anspruch nehmen als langjähriger Leiter einer unter meinen Augen entstandenen, von Haus aus für 1000 Kranke bestimmten und — hauptsächlich auch in Folge glücklicher Entwickelung der Familienpflege — auf über 1100 Kranke angewachsenen Anstalt.

Ich nehme keinen Anstand zu bekennen, dass bei dieser Ausdehnung der Anstalt die Uebersichtlichkeit und Einheitlichkeit der Verwaltung sehr gelitten hat, die einheitliche Behandlung der Kranken gewaltig zu kurz kommt zum Nachtheil der Kranken. Dieser Ansicht habe ich bereits in dem zweiten Verwaltungsbericht mit den Worten Ausdruck gegeben: „Die Anstalt hat die Aufgabe, die heilbaren Kranken möglichst rasch gesund zu machen, die besserungsfähigen soweit zu fördern, dass sie denkbar wenig unter ihrer Krankheit leiden und den Angehörigen wie ihren Mitbürgern möglichst wenig zur Last fallen, den unheilbaren und nicht der Besserung fähigen für die Zeit ihres Lebens und Leidens gute Pflege zu gewähren und ihnen das Leben erträglich zu gestalten.

Der Berichterstatter trägt kein Bedenken zu bekennen, dass die Anstalt, in der sich leider auch eine grosse Anzahl nicht hineingehöriger (verbrecherischer pp.) Kranker befinden, bisher wegen des rapiden Anwachsens, der unfertigen und darum vielfach unbehaglichen Verhältnisse und der qualitativen Unzulänglichkeit des Personals diese Aufgabe noch nicht vollkommen gelöst und, weil sie zu gross ist, überhaupt niemals in vollkommenster Weise lösen wird. Die erstgenannten Mängel werden von Jahr zu Jahr schwinden bezw. weniger fühlbar werden, der letztgenannte lässt sich im Laufe der Zeit durch radicale Vereinfachung des Geschäftsbetriebes und weitgehendste Decentralisation bis zu einem gewissen Grade ausgleichen. Die hier gemachten Erfahrungen zwingen zu der Ansicht, dass als zweckmässigste obere Beleggrenze einer gemischten Anstalt die Zahl von höchstens 600 Krankenbetten angesehen werden muss."

Ich kann diese Worte jetzt nach 5 Jahren nur in allen Stücken vollauf aufrecht erhalten. Der Geschäftsbetrieb ist, dank dem bereitwilligsten Entgegenkommen meiner Behörde, ganz wesentlich vereinfacht, eine weitgehende Decentralisation dadurch angestrebt worden, dass seit Jahren nicht nur zwei — wie Herr Schäfer fordert — sondern drei Oberärzte angestellt und mit weitgehender Selbständigkeit betraut wurden, gleichwohl übersteigen die Directionsgeschäfte bei weitem die Arbeitsfähigkeit des Directors, der der Krankenbehandlung, der Anleitung der jüngeren Collegen und der Ausbildung des Personals nicht annähernd die wünschenswerthe Zeit und Hingebung widmen kann. Solange unsere Anstalt die Zahl 600 noch nicht überschritten hatte, kannte ich jeden Kranken und Angestellten, heute ist das keineswegs der Fall, und ich muss zugestehen, dass ich den mir übertragenen Pflichten nicht gerecht werden kann.

Es sei gerne zugestanden, dass die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Directoren verschieden ist, ich glaube für mich eine mittlere Befähigung und Arbeitsfreudigkeit in Anspruch nehmen zu können.

Blos auf Uebermenschen die Verhältnisse zuzuschneiden, halte ich für unerlaubt. Mit der Vergrösserung der Anstalten wird auch die Schwierigkeit, zur Leitung geeignete Aerzte zu finden, immer grösser.

Nach meiner Ueberzeugung wird das Wohl der Kranken erheblich geschädigt, wenn die Persönlichkeit des Directors ihnen zu sehr entrückt wird, und das geschieht bei einer Anstalt mit 1000 Köpfen ganz entschieden. Deshalb dürfen Anstalten nicht so gross erbaut werden.

Ist es denn thatsächlich erwiesen, dass eine Anstalt von 1000 Kranken und darüber wirthschaftlich in Anlage und Betrieb sich billiger stellt, als eine solche von 500—600 Kranken? Es liegt für mich nahe auf die hiesige Erfahrung zurückzugreifen, nach welcher pro Tag und Kopf bei der jetzigen Ausdehnung der Anstalt grössere Verwaltungskosten entstehen als zu der Zeit der halben Grösse. Diese fürs erste etwas frappirende Thatsache erklärt sich daraus, dass in Folge der nicht mehr durchführbaren Einheitlichkeit und Uebersichtlichkeit vieles ungenügend ausgenutzt wird, manches umkommt, was in einer kleineren Anstaltswirthschaft mit schärferer Controlle nicht verschwendet worden wäre. Sowie die wirthschaftliche Verantwortlichkeit auf mehrere Schultern vertheilt wird, kann die sorgfältigste und gewissenhafteste Leitung und Controlle nicht mehr im einzelnen verfolgen, wo hätte gespart und vortheilhafter gewirthschaftet werden können.

Mit dem Anwachsen des Beamtenheers, das bei uns proportional der zunehmenden Anstaltsgrösse vermehrt werden musste, nahm die Unübersichtlichkeit und Schwerfälligkeit des ganzes Betriebes zusehends zu.

Nach den hiesigen Erfahrungen ist die Annahme durchaus unrichtig, dass eine für 1000 Kranke und darüber eingerichtete Anstalt sich im Betrieb pro Tag und Kopf billiger stellt, als eine solche von etwa 600.

Bleibt die Behauptung: die erstmalige Anlage gestalte sich mit zunehmender Grösse pro Bett billiger. Es sei daran erinnert, dass lange Zeit hindurch die Lehre aufgestellt und aufrecht erhalten wurde, das Pavillonsystem sei wesentlich theurer als das Corridorsystem, weil die sehr grossen Gebäude für hunderte von Kranken entschieden billiger pro Bett seien als die Pavillons zu etwa 40—50 Kranken. Dieser Satz dürfte heute längst als erschüttert gelten. Ich habe im Laufe der Jahre mit Dutzenden von Commissionen aus dem In- und Ausland gerade über diesen Punkt mündlich und schriftlich verhandelt, die widersprechendsten Ansichten und Urtheile gehört, und schliesslich kamen Alle zu der Ueberzeugung, dass es beim einzelnen Pavillon, wie eine untere, so auch eine obere Grenze giebt, jenseits welcher das Bett sich theurer stellt. Und diese Grenze liegt um 40—50 herum. Was für das einzelne Krankengebäude gilt, trifft auch auf die Gesammtgrösse einer Anstalt zu; auch hier giebt es nach meiner Ansicht, die im langjährigen regsten Gedankenaustausch mit anstaltserfahrenen Bautechnikern und auf Grund eingehender Berechnungen gebildet ist, eine Grösse, deren Ueberschreitung keine Verbilligung sondern Vertheuerung bedeutet. Und diese Grenze liegt ebenfalls bei etwa 600.

Wenn eine Verwaltung in die Nothwendigkeit versetzt ist 1400 Plätze zu schaffen, so erreicht sie das nach meinem Dafürhalten am billigsten und zweckmässigsten, wenn sie 2 Anstalten mit je 600 Anstaltsbetten erbaut, ausserdem bei jeder Anstalt genügend Wohnungen für Pfleger und niedere Angestellte, denen zusammen gegen 50 Kranke in Pflege gegeben werden. Ausser diesen 50 Familienpfleglingen bei den eigenen Angestellten werden sich gar bald noch 50 andere Pfleglinge bei fremden Familien der Nachbarschaft gut unterbringen lassen*).

In der Provinz Westfalen mit ihrer durchschnittlich sprüchwörtlich biederen Bevölkerung muss das ein leichtes sein, zumal im Sauerland und Münsterland.

Die hier in Kürze entwickelte, erst beim Durchlesen der Correctur des Schäfer'schen Aufsatzes in Nr. 4 der Wochenschrift schnell niedergeschriebene Ansicht über die zweckmässigste und erlaubte Anstaltsgrösse entspringt keineswegs blos meiner eigenen Erfahrung und Ueberlegung.

Wie bekannt sein dürfte, habe ich im Herbst 1896 an die Directoren der öffentlichen Anstalten Deutschlands eine Anfrage über das heute beregte Thema gerichtet. Die in Betracht kommenden Fragen lauteten:

1. Welches ist die zweckmässigste und welches die — unbeschadet der Einheitlichkeit der Verwaltung und der ärztlichen Oberleitung — höchste zulässige Belegzahl einer neu zu erbauenden gemischten Irrenanstalt, a) wenn nur Communalkranke, b) wenn gleichzeitig Pensionäre aufgenommen werden?

2. Bei welcher Grösse der Anstalt ist nach Ihrem Ermessen der einzelne Platz am relativ billigsten zu schaffen?

3. Bei welcher Belegzahl gestaltet sich der Betrieb am vortheilhaftesten und billigsten?

Die weitaus überwiegende Mehrzahl der nahezu 50 Auskünfte bezeichnete 500—600 als die „unbeschadet der Einheitlichkeit der Verwaltung und der ärztlichen Oberleitung höchste zulässige Beleg-

*) Ich habe beispielsweise allein in der benachbarten Kreisstadt Gardelegen zur Zeit 44 weibliche Kranke bei fremden Familien untergebracht.

zahl" einer neu zu erbauenden Heil- und Pflege-anstalt.

Es würde zu weit führen, alle Antworten hier wieder zu geben, ich führe nur diejenige des vor 2 Jahren verstorbenen Geh.-R. Professor Dr. Meyer-Göttingen, einer allseitig anerkannten Autorität für Anstaltsbauten und Verwaltung an:

„Nach meinen Erfahrungen kann ein Director die Behandlung der Kranken in einer gemischten Anstalt bei etwa 10 % frischer Fälle leiten und die Verwaltung dirigiren, wenn die Zahl der Kranken 500 nicht übersteigt, bei 8 % Pensionären. Fallen letztere weg, so halte ich bis 600 für zulässig, steigen sie, so wird eine Reduction der Gesammtzahl erwünscht. Bau und Unterhaltung sind bei diesem Umfang ebenso vortheilhaft zu stellen, wie bei einer weit grösseren Anstalt".

Herr Director Schäfer-Lengerich antwortete:

Lengerich, 15. Septbr. 1896.

„Das alte Ideal, dass der ärztliche Director einer Irrenanstalt jedes Einzelne in Behandlung der Kranken und in der Verwaltung selbst treibe, ist durch die Verhältnisse überholt. Der Director muss schon heute in den meisten Anstalten seinen Aerzten und Beamten mehr Spielraum und eine gewisse Selbständigkeit lassen. Andererseits wird bei den ganz grossen Anstalten das „Dirigiren" für den Director illusorisch, er verliert den Ueberblick, die Beamten werden entscheidend, die erstrebte Einheit geht verloren.

Daher ad 1 a bis höchstens 650,
" 1 b " " 550,
" 2 1000 bis 1500.
" 3 von 500 an."

Der von Herrn Geheimrath Prof. Meyer und mir vertretenen Meinung, dass Bau und Unterhaltung der Kranken sich bei einem Umfang von 500—600 Betten ebenso vortheilhaft stelle, wie bei einer weit grösseren Anstalt steht allerdings die vergleichende Kostenübersicht des Hern Landesbaurath Zimmermann schroff entgegen. Indes dürfte einer derartigen Kostenübersicht doch nur ein sehr begrenzter Wert beizumessen sein. Es würde zu weit führen, erschöpfend diesen Kostenvergleich hier zu analysiren. Nur einige Punkte möchte ich herausgreifen.

Zunächst ist hervorzuheben, dass die Ausführungskosten von Aplerbeck auf Grund stattgehabter Abrechnung festgesetzt sind, während bei der zu erbauenden Anstalt zu 1000 Köpfen nur erst Kostenvoranschläge vorliegen. Es sind Ueberschreitungen bei dem und jenem Posten gar nicht ausgeschlossen, die erfahrungsgemäss gerade bei solchen Riesenanlagen nicht auszubleiben pflegen. Zum mindesten hätten bei Aplerbeck auch die ursprünglich projectirten Summen eingesetzt werden müssen.

Wenn bei Aplerpeck mit 500 Kranken das Bett 5680 Mark gekostet hat, so bleibt dann doch die Frage zu beantworten: „Ist hier nicht **viel zu theuer** gebaut worden." Ich für meinen Theil finde es beispielsweise enorm, dass in einer Anstalt für 600 Kranke das Wirthschaftsgebäude ohne Koch- und Waschkücheneinrichtung 200000 Mark kostet, während für das Wirthschaftsgebäude in Uchtspringe für 1000 Kranke mitsammt der ganzen Einrichtung nur 175000 Mark verausgabt sind.

Soll denn ferner wirklich das gleiche Beamtenhaus für 40000 Mark sowohl für eine Anstalt mit 1000 Kranken wie für eine solche mit 500 Kranken ausreichen? Muss eine Anstalt für 1400 Kranke mit 300 Angestellten und deren Angehörigen, also insgesammt für 2000 Menschen nicht eine eigene Kirche haben? Ich will mich hierauf beschränken.

Mit der Summe von 4786 Mark, ja mit 4000 bis höchstens 4500 Mark pro Bett lässt sich eine Anstalt für 700 Kranke einer Klasse, von denen 600 in der Anstalt, 50 in Familienpflege bei Anstaltsangestellten und Pflegern in anstaltsseitig gebauten Häusern, 50 andere Familienpfleglinge in fremden Familien wohnen, sehr gut und schön bauen. Wozu also solche Riesenanstalten, in denen — wie Herr Direktor Schäfer früher sehr zutreffend bemerkte — das Dirigieren für den Direktor illusorisch wird, die erstrebte Einheit verloren geht?

Uchtspringe, den 23. April 1902.

Konrad Alt.

Mittheilungen.

— **Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in München,** 14. und 15. IV. 1902. Fortsetzung. Vorträge.

Degenkolb (Neustadt i. H.): Beiträge zur Pathologie der Rindengefässe.

a) Redner definirt den Begriff des kleinzelligen intraadventitiellen Infiltrats nach Art und Menge der es zusammensetzenden Zellen. Die Wucherungen von als solche noch erkennbaren Adventitialzellen müssen und können davon ausgeschaltet werden. Intraadventitielle Infiltrate im Sinne des Redners finden sich in diffusen Rindenkrankheiten nur bei Infektionen und Intoxikationen.

b) Bespricht Redner die Kernlöcher und Kerndellen der Intimakerne der Rindengefässendothelien. Solche lassen sich als Ausdruck der sogenannten „fettigen Degeneration" der Intima erweisen. Anderweitige Veränderungen können an den befallenen Kernen oft ganz fehlen, oft auch auftreten. Viele Einzelheiten der Erscheinung werden besprochen.

Fürstner: Giebt es eine Pseudoparalyse?

F. hatte schon vor 2 Jahren, als er über die spinalen Veränderungen bei der Paralyse im Verein referirte, die Befürchtung ausgesprochen, es möchte durch die Gleichstellung der Syphilis als ätiologischer Factor für die Tabes und die Paralyse die Aufmerksamkeit der Autoren in einseitiger Weise auf die Hinterstrangerkrankung gelenkt werden, dass demgegenüber die Degeneration in den Seitensträngen und anderen Abschnitten des Rückenmarks geringere Beachtung finden würde, von der kaum in Angriff genommenen Erforschung der Veränderungen im peripheren Nervensystem ganz zu schweigen. Inzwischen sind in einzelnen Arbeiten Befunde in den Seitensträngen beschrieben, es ist auch der Versuch gemacht worden, dieselben klinisch zu verwerthen, so in der interessanten Dissertation von Just, die in Riegers Klinik angefertigt wurde. Dagegen hat ein anderes Moment erneut die Ueberschätzung der Hinterstrangdegeneration, was Frequenz des Vorkommens, was Antheil an der Gestaltung des Krankheitsbildes angeht, begünstigt. Mendel hat sich bekanntlich dahin ausgesprochen, dass der Verlauf der Paralyse gewisse Veränderungen erlitten habe, dass er milder geworden sei, vor Allem wies Mendel auf die Erfahrung hin, dass der klassische Verlaufstypus, der durch Combination des eigenartigen progredienten Blödsinns mit schweren hypochondrischen oder maniakalischen, vor allem auch abstruse Grössenideen betonenden Symptomen gekennzeichnet war, immer mehr verdrängt werde durch die demente Form. Da letztere aber gerade als eigenthümlich für die Fälle angesehen wurde, bei denen zu kurzer oder langer Dauer der Tabes cerebrale Symptome sich gesellten, so konnte der Ausspruch Mendels klinisch die Tabesparalyse, anatomisch die Hinterstrangdegeneration als wesentlichstes Forschungsobject erscheinen lassen. Da nun F. der Meinung ist, dass wenn diese Auffassung sich immer mehr einbürgern sollte, das Studium der Paralyse eher geschädigt werden dürfte, prüft er noch einmal die Momente, die etwa für eine Aenderung oder Milderung des Verlaufs geltend gemacht werden können. Die Frage, ob die Frequenz einen Anstieg aufweist, glaubt F. auf Grund der in den letzten 9 Jahren in die Strassburger Klinik aufgenommenen Paralytischen, 280 Männer, 72 Frauen, und anderweitiger grösserer statistischer Erhebungen bejahen zu dürfen, dagegen kann er auf Grund eigener Wahrnehmungen nicht das Auftreten der Paralyse schon im jugendlichen Alter bestätigen, würde sich dieses Resultat ergeben, so müsste die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems jugendlicher Personen geringer oder der der Paralyse zu Grunde liegende Krankheitsprocess intensiver geworden sein. In letzterem Sinne spreche die Verkürzung der Krankheitsdauer, die F. in Uebereinstimmung mit Behr auf 2 Jahre und noch weniger bemisst; ein Resultat, das den früheren nicht entspricht, das sich nicht deckt mit der früher allgemein angenommenen Meinung, dass der dementen Form ein besonders langsamer Verlauf eigen sei. Weiter glaubt F. im letzten Jahrzehnt den Eindruck gewonnen zu haben, dass der makroskopisch-anatomische Befund Aenderungen insofern aufweise, als viel seltener als früher zu constatiren seien: hämorrhagische Pachymeningitis in Hämatomform, hochgradige diffuse oder circumscripte Atrophie, intensiver Hydrocephalus mit Ependymitis, nur vereinzelt treffe man eine früher häufigere Combination von Atrophie mit Hämatombildung, letztere konnte F. bei 97 Obductionen von Paralytikern nur 6 Mal verzeichnen. Zu gleichen Resultaten ist vor Kurzem Näcke gekommen, während Schüle in einem Bericht über 52 Obductionen sich dahin ausspricht, dass dem dementen Verlaufstypus ein characteristischer anatomischer Befund nicht gegenüberstände. F. resumirt sich dahin, dass gewisse Momente eher für eine gesteigerte Intensität des Krankheitsprocesses bei der Paralyse sprechen und erwähnt die Frage, ob und inwieweit sich hiermit der Ausspruch Mendels vereinen lasse. F. erkennt an, dass heute hohe Grade von intellectueller Schwäche auffallend schnell sich entwickelten, dass die sonstigen psychischen Begleiterscheinungen meist nur schwach und transitorisch seien, ganz fehlte auch heute der klassische Typus nicht; er ist der Meinung, dass — wie auch bei anderen Formen — die Demenz mindernd wirke auf die Entstehung der anderweitigen psychischen Symptome. Dagegen hält F. nicht für erwiesen ein Ueberwiegen der Taboparalyse. Früher habe man zu ihr nur gerechnet Fälle, wo eine Reihe subjectiver und objectiver Symptomen die Diagnose Tabes absolut sicher erscheinen liessen. Heute werden oft Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe für genügend erachtet, es sei ferner keine Rede davon, dass der ausschliessliche Hinterstrangbefund häufiger geworden sei, es dominirten nach wie vor die combinirten Erkrankungen der Seiten- und Hinterstränge. F. resumirt sich dahin, dass das Verhältniss der Demenz zu den psychischen Begleiterscheinungen eine Aenderung erfahren habe, dass aber von einem Prävaliren der Taboparalyse keine Rede sei. Das characteristische Gepräge erhalte das Schulbild der progressiven Paralyse

durch den eigenartigen, progredienten Blödsinn in Verbindung mit körperlichen Symptomen. Die letzteren seien zum grössten Theil spinalen Ursprungs, ob auch Pupillenstarre regelmässig, ob auch Anfälle, wie Just wolle, sei noch fraglich. Es sei zu prüfen, ob es eine paralytische Degeneration gebe (Alzheimer), welche corticalen oder subcorticalen Bezirke ersterer anheimfallen, in welcher Reihenfolge, bei welcher Localisation. Bezüglich letzterer zieht F. die neueste Publikation Schaffers heran, wären die Resultate derselben richtig, würden andere Wirkungen den Hauptsitz der Krankheit enthüllen, als man früher annahm.

Noch mehr als die Abgrenzung des Schulbildes stosse das Studium der atypischen und Pseudoparalysen auf Schwierigkeiten. Nach Lissauer, Alzheimer würden vor Allem Heerdsymptome eine Rolle spielen; F. räth in Uebereinstimmung mit Alzheimer die Bezeichnung atypische fallen zu lassen und direkt zu sprechen von Lissauerscher Paralyse oder von Paralyse mit Heerdsymptomen (Aphasie, Hemianopsie). Besondere Beachtung verdienten Fälle, wo die tiefen Rindenschichten lädirt, die oberen intact waren, weiter die Fälle, wo sich in den grossen Ganglien degenerative Veränderungen fanden; es sei eine Trennung dieser atypischen Paralysen von den Fällen anzustreben, wo nach Alzheimer vor Allem das [illegible] Veränderungen aufweise, oder von gewissen Fällen seniler Demenz, wo keilförmige Degenerationen in in der Rinde beständen. Die Pseudoparalysen seien immer zahlreicher geworden, F. zieht zunächst nur die alkoholistische und luetische Pseudoparalyse in Betracht, und plädirt dafür, die Bezeichnung Pseudoparalyse fallen zu lassen, die ersteren den alkoholistischen Geistesstörungen, die zweiten den luetischen Erkrankungen zuzurechnen. Die alkoholistische Pseudoparalyse trete meist in späterem Alter auf als die Paralyse, die körperlichen Symptome seien zum Theil nicht spinalen, sondern neuritischen Ursprungs, die Pupillenstarre fehle fast stets, die intellektuelle Schwäche sei nicht conform dem paralytischen Blödsinn. Bei der luetischen Pseudoparalyse finden sich Symptome, die nicht einmal der am ersten als luetisch anzusehenden Paralyse, der Taboparalyse, entsprächen, die Patellarreflexe seien oft gesteigert, es beständen Heerdsymptome wie bei den luetischen Eskrankungen, die sensiblen Störungen treten auffallend stark hervor. F. will die Bezeichnung Pseudoparalyse einer wie scheint nicht grossen Gruppe von Erkrankungen vorbehalten, bei denen ein bestimmter ätiologischer Factor nicht besonders hervortritt, wo die Symptome die Diagnose Paralyse durchaus rechtfertigen, der weitere Verlauf aber beweist, dass es sich nicht um eine Remission und überhaupt nicht um eine Paralyse gehandelt hat. F. erinnert an andere Pseudoerkrankungen dieser Art, multiple Sclerose, gewisse psychische Störungen, auch Infectionskrankheiten u. s. w., er schildert die Schwierigkeiten, mit denen der einzelne Beobachter gerade bei Erforschung dieser Form zu kämpfen hat. Anamnestisch kehrt häufig wieder eigenartige hereditäre Disposition, psychische Eigenthümlichkeiten bei der Ascendenz, beim Kranken selbst sind transitorisch leichte Depressions- oder Erregungszustände anamnestisch zu verzeichnen, geistige und körperliche Ueberanstrengung, sexuelle Excesse sind weiter ätiologisch wirksam, Syphilis nur in einem Bruchtheil der Fälle, Pupillenstarre kann wieder verschwinden, die fehlenden Patellarreflexe können wiederkehren, aber auch hier häufiger gesteigerte Reflexe nachweisbar. F. weist zum Schlusse auf die practische Wichtigkeit derartiger Fälle hin; Entmündigung, Rentenbemessung. (Autoreferat).

Raecke: Zur Lehre von der Hypochondrie

In neueren Lehrbüchern der Psychiatrie existirt die Hypochondrie kaum noch als selbständiges Krankheitsbild. Es gewinnt vielmehr die Anschauung an Boden, dass ein hypochondrischer Symptomen komplex gelegentlich bei allen Psychosen auftreten kann, dass es sich dagegen in den übrigen Fällen sogenannter reiner Hypochondrie lediglich um schwere Neurasthenieformen handelt. Gegen diese Lehre haben sich bis in die neueste Zeit hinein gewichtige Stimmen erhoben (Jolly, Hitzig, Kraft-Ebing u. a.). Zuletzt ist vor 2 Jahren Böttiger in einer grösseren Arbeit für die Selbständigkeit des hypochondrischen Krankheitsbildes eingetreten.

Unter 2800 Aufnahmen der psychiatrischen Klinik zu Tübingen fanden sich nur 15 einwandsfreie Fälle von Hypochondrie, die eine lange Reihe von Jahren unverändert bestanden hatten. Davon waren 6 erblich schwer belastet, 7 waren Neuropathen, und in 9 Fällen waren äussere erschöpfende Momente vorausgegangen.

Die Krankheit begann in der Regel mit Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden und zahlreichen Parästhesien im ganzen Körper. Dann bildete sich die feste Überzeugung aus, ein ganz bestimmtes, unheilbares Leiden zu haben, und damit trat sekundär eine gewisse traurige Verstimmung ein. Im Übrigen lagen allen einzelnen, mannigfachen Krankheitsäusserungen stets zwei Momente zu Grunde:

1) eine veränderte Selbstempfindung, mochte dieselbe nun mehr den körperlichen oder geistigen Anteil der Persönlichkeit betreffen, und

2) eine eigenthümlich wahnhafte, jeder Kritik unzugängliche, aber logisch konsequente Verarbeitung jener Sensationen.

Die Prognose erwies sich meist infaust trotz gelegentlicher, weitgehender Remissionen. Doch tritt keine Demenz ein.

Von der Melancholie unterscheidet sich die Hypochondrie durch die sekundäre Entstehung der traurigen Verstimmung, durch eine geringere Heftigkeit und durch die Unbeständigkeit der Angst, durch den Mangel einer Hemmung, das Fehlen von Selbstvorwürfen und durch die Möglichkeit der Ablenkung. Eher erinnert die ausgesprochene Wahnbildung an Paranoia. Doch fehlt der Beziehungswahn, das Projizieren der Sensationen in die Umgebung und die erklärende Wahnbildung der Verfolgung oder der Grösse.

Die Hysteriker unterscheiden sich wieder durch grössere Suggestibilität, stärkeren Wechsel der Symptome, Neigung zu bewussten Täuschungen und ausgesprochene Stigmata auf somatischem Gebiete. Die

seltenen Anfälle und Lähmungen der Hypochonder werden stets durch bewusste Vorstellungen verursacht. Die manchmal ziemlich ähnlichen psychischen Anfälle der Katatoniker unterscheiden sich durch ihren automatenhaften Anstrich. Auch lässt sich dann meist bald ein Intelligenzdefekt nachweisen.

Schwieriger gestaltet sich die Abtrennung von der Neurasthenie, weil sich die Hypochondrie sehr häufig auf ihrem Boden entwickelt. Indessen darf man darum nicht beide Krankheitsformen zusammenwerfen. Denn einmal braucht nicht der Hypochondrie die Neurasthenie voraufzugehen, während die meisten Neurastheniker niemals Hypochonder werden, und dann hat überhaupt der charakteristische Zug der Hypochondrie, die kritiklose, wahnhafte Verarbeitung der Sensationen mit ihrer zwingenden Beeinflussung des gesammten Handelns, nichts mit dem Wesen der Neurasthenie gemein. Der letztere Zug rückt die Hypochondrie unter die Psychosen.

Zum Schlusse lassen sich daher folgende Sätze aufstellen:

1. Die Hypochondrie ist eine selbständige, in sich abgeschlossene Krankheitsform, die aber mit Vorliebe auf dem Boden der Neurasthenie, seltener der Hysterie sich entwickelt.

2. Bei scheinbarem Uebergange einer hypochondrischen Psychose in eine andere Irrsinnsform hat es sich in der Regel nur um das hypochondrische Vorstadium dieser Psychose gehandelt. Die richtige Deutung solcher Fälle von Pseudo-Hypochondrie stösst nur im Beginn des Leidens und bei zu kurzer Beobachtungsdauer auf Schwierigkeiten. (Autoreferat.)

Vogt (Göttingen) giebt sehr interessante Mittheilungen über Gesichtsfeldeinengung bei Arteriosklerose des Centralnervensystems. Es handelt sich um Fälle, deren Symptombild besonders von Windscheid präcisirt worden ist. In der charakteristischen Symptomengruppe: Kopfschmerz, Schwindel und Abnahme der geistigen Regsamkeit kann das letztere fehlen, es kann neben den beiden erstgenannten Erscheinungen eine concentrische Verengerung des Gesichtsfeldes vorhanden sein, welche der Abnahme der psychischen Leistungfähigkeit vorausgeht. Die Hauptsache ist, dass in solchen Fällen ein dauernder Nachweis der Erscheinung möglich ist. Die Einengung zeigt dann eine Constanz, welche eben der messbare Ausdruck für den progredienten Process ist. Dass es sich bei dieser Art von Einengung nicht um eine vorübergehende functionelle Störung oder eine solche der Circulation handelt, geht aus der Constanz der Erscheinung in ausgesprochenen Fällen hervor. Auf der anderen Seite pflegt bei einer Erkrankung des Centralnervensystems, welche als eine solche arteriosklerotischer Natur anzusprechen ist, die Gesichtsfeldeinengung nur nachzuweisen zu sein, wenn auch Erscheinungen anderer Art, besonders Kopfdruck und Schwindel bestehen. Die Gesichtsfeldeinengung nimmt also bei der arteriosklerotischen Erkrankung eine Mittelstellung zwischen Reiz- und Ausfallserscheinungen ein. Daraus geht auch hervor, dass es sich thatsächlich um eine durch die Arteriosklerose bedingte Erscheinung handelt, da den Vortr. auch zahlreiche Untersuchungen an Gesunden mit starker Arteriosklerose, sowie an Geisteskranken mit starker Arteriosklerose gelehrt haben, dass hier eine Einengung constant fehlt, solange nicht auch andere für eine Arteriosklerose des Centralnervensystems sprechende Erscheinungen vorhanden sind. Bei den untersuchten Fällen von Geisteskrankheit nicht organischen Charakters hat es sich natürlich um solche Fälle gehandelt, die erfahrungsgemäss eine Einengung aus anderer Ursache ausschliessen liesen. In den untersuchten Fällen von Arteriosklerose des Centralnervensystems fand sich fast stets eine starke Sklerose der Temporalarterie, eine solche der Radialarterie wurde wiederholt vermisst. Auch die Gefässe des Augenhintergrundes waren keineswegs stets deutlich arteriosklerotisch. Einerseits handelte es sich überhaupt um Anfangsstadien des Processes, andererseits kann offenbar auch bei intacten Retina-Arterien eine Arteriosklerose des Gehirns ausgeprägt sein. Fortgeschrittene Fälle zeigten fast stets die Einengung, einige liessen sie aber überhaupt völlig vermissen. Es soll der Wert der Gesichtsfelduntersuchung nicht überschätzt werden, doch stellt diese bei vorsichtiger und kritischer Prüfung jedenfalls ein feines Reagens auf den nervösen Status überhaupt dar, und verdient daher die Thatsache der concentrischen Einengung bei Arteriosklerose des Centralnervensystems als ein kleiner Beitrag zur genaueren Umschreibung des z. Zt. mit vielem Interesse studirten Symptomenbildes der Arteriosklerose des Gehirns Beachtung. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. XXVII. (Fasc. I und II), Organ der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie (Società Freniatrica Italiana), unter Direction der Professoren Tamburini, Golgi, Morselli, Tamassia, Tanzi, redigirt von Dr. G. C. Ferrari.

Reggio Emilia. 1901. Verlag Stefano Calderini & Sohn. Grossoctav 600 Seiten, 14 Tafeln.

Ein kurzer, aber tiefempfundener Nekrolog über den verstorbenen Professor Giulio Bizzozero, aus der Feder Prof. Tamburinis bildet die Einleitung zum ersten Hefte (Fasc. I, 339 Seiten). Aus demselben entnehmen wir, dass durch den frühen Tod dieses Gelehrten (55 Jahre alt) die italienische Wissenschaft einen schweren Verlust erlitten hat. Er war es, der der Pathologie in Italien die experimentelle Richtung gab und der durch verschiedene, wissenschaftliche Arbeiten von bleibendem Werthe sich und seinem Vaterlande eine ehrenvolle Stellung bei der Erforschung medicinischer Thatsachen erwarb. Bizzozero wurde im Jahre 1846 in Varese geboren, absolvirte seine Studien in Pavia, wo er schon im Alter von 21 Jahren an Stelle Mantegazzas zum Professor der Pathologie ernannt wurde. Fünf Jahre später kam er in gleicher Eigenschaft nach Turin, wo er seine experimentell-pathologische Schule begründete. Seine bekanntesten Entdeckungen auf medicinischem Gebiete sind „die blutbildende Function des Knochenmarks“ und „die Blutplättchen.“ Als besonders hervorragende Forschereigenschaften werden ihm nachgerühmt: „die

zähe Ausdauer im Forschen," „die strenge Vorsicht in der Schlussfolgerung," „die Unabhängigkeit von irgendwelcher Autorität ausserhalb der gut studierten und demonstrirten Thatsachen." Als Lehrer zeichnete er sich durch Klarheit und Praecision seiner Ausführungen, durch seine Wahrheitsliebe und seinen Mangel an Vorurtheilen aus. Gegen den Schluss seines Lebens hatte er sich social-hygienischen Fragen zugewandt, worin er ebenfalls als Autorität galt.

Dem Andenken des Psychiaters und Politikers Silvio Venturi ist ein anderer Nekrolog aus der Feder Tomini's gewidmet. Mit einer Wärme und Lebhaftigkeit des Ausdrucks, wie er der italienischen Sprache in hohem Masse zukommt, wird der Begründer der Zeitschrift „Manicomio," der langjährige Director der Irrenanstalt Girifalco in Calabrien als etwas rauher und oft verkannter, aber unabhängiger, hochgesinnter, rastlos thätiger und unantastbarer Mann gepriesen und seine anfänglich sehr wechselvollen Lebensschicksale beschrieben. Unter seinen Werken werden besonders: „Die psychosexuellen Entartungen im Leben der Individuen und in der Geschichte der Gesellschaft (Le degenerazioni psico-sessuali nella vita degli individui e nella storia della società)" und „die Psychosen des socialen Menschen (Le pazzie dell' uomo sociale)" hervorgehoben. In letzterem bespricht Venturi im Hinblick auf die Ausbreitung des Anarchismus in den letzten Jahren das anarchistische Verbrechen als historische oder sociale Thatsache an sich. Er hält es für irrelevant zu constatiren, ob der Urheber desselben gesund oder geisteskrank sei, sobald die Entstehungsbedingungen für ein solches Verbrechen im Milieu derart seien, dass dasselbe auch durch die Initiative eines Gesunden zu Stande kommen könnte. Die anarchistische Lehre ist für Venturi entweder eine krankhafte Idee (idea pazza), die auch Gesunde ergreifen kann, oder die Rechtfertigung einer verbrecherischen Neigung. Das Buch erschien erst nach dem Tode des Verfassers.

Dem am 5. März 1901 im Alter von 50 Jahren verstorbenen Director der Provinzialirrenanstalt Como Dr. Agostino Brunati, der sich speciell mit der „Aetiologie des Cretinismus" beschäftigt hat, wird ebenfalls ein kurzer Nachruf gewidmet.

Unter den Notizen finden wir einen Gesetzentwurf über die Prophylaxe der Pellagra erwähnt, der vom Ministerium dem Consiglio Superiore di Sanità vorgelegt und von diesem auf ein Referat Tamburini's hin mit einigen Abänderungen angenommen wurde. Nach diesem Gesetzentwurf ist es verboten unreifen, schimmeligen oder anderweitig gesundheitsschädlichen Mais oder daraus hergestelltes Mehl, Brot oder Gebäck zur Ernährung des Menschen zu verkaufen. Ferner ist die Einfuhr solchen Maises, ausser zu industriellen Zwecken und mit Genehmigung und unter Controlle des Praefecten verboten. In den inficierten Gemeinden sind die Trocknereien, Bäckereien des Maises u. s. w. unter amtliche Aufsicht gestellt und die betreff. Gemeinden müssen einen Dörrapparat zur öffentlichen, unentgeltlichen Benutzung herstellen und betreiben. Von Seiten der Aerzte besteht obligatorische Anzeigepflicht für jeden Fall von Pellagra. Die curative Ernährung von pellagrösen Armen in Heilanstalten, oeconomischen Küchen oder in Ausnahmsfällen durch Vertheilung von Nahrungsmittel in d Wohnungen ist obligatorisch. Zu den bezüglichen Kosten wird ausser durch private Wohlthätigkeit und durch Zuschüsse aus öffentlichen Kassen, die Provinzialverwaltung in einem jährlich durch königliches Dekret festgestellten Masse beitragen. Für die Unterhaltungskosten armer Kranker, die in Krankenhäusern behandelt werden müssen, sorgen Provinz und Gemeinde zu gleichen Theilen. Im Budget des Ministeriums des Innern wird eine jährliche Summe (100000 Frs.) für Beiträge gegen die Pellagra festgesetzt. Auch werden den Gutsbesitzern, welche die Pellagra aus ihren Besitzungen haben verschwinden lassen, Prämien ertheilt. Der Finanzminister wird autorisirt, den pellagrösen Armen und ihren Familien das zur Ernährung nothwendige Salz gratis vertheilen zu lassen. Den Präfecten wird, nach Vernehmlassung des Sanitätsrathes der Provinz und des „Comizio Agrario," das Recht gegeben, an mit Pellagra inficirten Orten die Bebauung der ersten Maisernte, des „quarantino und cinquantino" (40—50 Tage reifwerdender Mais) zu untersagen oder einzuschränken, wo die klimatischen Bedingungen das vollständige Reifwerden nicht erlauben. Um die Ausführung der Gesetze zu sichern, werden Strafbestimmungen aufgestellt werden. — Die Redaction des Riv. sper. spricht den Wunsch aus, dass dieser wichtige Gesetzentwurf bald zur Ausführung komme, da durch seine Anwendung „die schreckliche Plage der Pellagra erfolgreich bekämpft und besiegt werden kann."

Ueber das „Irrengesetz" wurde ebenfalls im Ober-Sanitätsrath (Consiglio Superiore di Sanità) verhandelt und folgende Tagesordnung dem Ministerium des Innern vorzulegen beschlossen:

„Der Ober-Sanitätsrath, in Erkenntniss der dringenden Nothwendigkeit gesetzgeberischer Grundlagen für die wichtige Angelegenheit der Irrenhäuser und der Irren, die früher ausgesprochenen Wünsche betreffs Schaffung eines Irrengesetzes (Legge sui Manicomii) wieder in Erinnerung rufend, spricht den Wunsch aus, dass seine Excellenz der Minster des Innern den Gesetzentwurf über die Irrenanstalten wieder prüfe, um ihn beförderlichst den gesetzgeberischen Körperschaften zur Annahme vorzulegen." — Daraus ersieht man, dass auch in Italien massgebende Kreise die Schaffung eines Irrengesetzes als dringend nöthig erachten.

Notizen über den Psychiater-Congress in Ancona (29. Sept. bis 3. Oct.), den internationalen Kriminal-Anthropologencongress in Amsterdam (9. bis 14. Sept.) und den internationalen Physiologencongress in Turin (17. bis 24. Sept.) haben keine aktuelle Bedeutung mehr, da die betreffenden Organe zur Zeit des Druckes des II. Heftes noch nicht stattgefunden hatte, wohl aber als die Riv. sp. in die Hände des Ref. gelangte.

(Fortsetzung folgt).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 5. 3. Mai. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten.

Von *H. Schlöss.*

Herr Hoppe (Königsberg) hat sich veranlasst gesehen, in Nr. 52 dieses Blattes (v. 22. März 1902), einzelne Ansichten, die in meinem auf der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien zum Vortrag gebrachten Referat über „die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten" (siehe diese Wochenschrift Nr. 34, vom 16. November 1901) enthalten waren, einer Berichtigung zu unterziehen. Diese Berichtigung veranlasst mich, zu dem Thema „Alkoholabstinenz in Irrenanstalten" nochmals das Wort zu ergreifen.

Ich stimme vollkommen mit Hoppe überein, wenn er eine Verquickung der therapeutischen Anwendung des Alkohols mit der Frage der Zulässigkeit desselben als Genussmittel verurtheilt, und ich staune, dass er mich einer solchen Verquickung beschuldigt. Ein Blick auf den Wortlaut meines Referates hätte ihn darüber belehren müssen, dass ich den Alkohol **erstens** als therapeutisches Mittel und **zweitens** als Genussmittel besprochen habe, dass also nicht eine Verquickung, sondern eine stramme Sonderung der beiden Gebrauchsarten des Alkohols in meinem Referate stattgefunden hat.

Sehr leid muss es mir thun, dass Herr Hoppe sich der Widerlegung meiner über die therapeutische Anwendung des Alkohols geäusserten Ansichten entzogen hat, denn sicherlich steht der reiche Schatz seines psychiatrischen Wissens doch wenigstens auf der Stufe seiner Lust zu kritisiren, und ich hätte eine Belehrung über dieses schwierige Thema mit grosser Dankbarkeit quittirt.

Nur in einem Punkte tritt Hoppe aus seiner Verschlossenheit hervor: Er findet, was ich von den nährenden Eigenschaften des Alkohols sagte, so herausfordernd, dass er es nicht unwidersprochen lassen könne. Ich habe in der Discussion über mein Referat ganz offen und der Wahrheit entsprechend eingestanden, dass ich meine Ansicht über die nährende Eigenschaft des Alkohols nicht aus eigenen experimentellen Untersuchungen, sondern gestützt auf die

Arbeiten verschiedener Forscher gefasst habe, und ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich behaupte, dass sich Herr Hoppe in dieser Frage ganz in derselben Lage befindet, wie ich. Ich bin, gestützt auf diese Autoren, zu der Ansicht gekommen, dass der Alkohol die Ernährung unterstütze, Herr Hoppe ist, gestützt auf andere Autoren, zu der entgegengesetzten Anschauung gekommen. Ob aber diese oder meine Gewährsmänner Recht haben, ob Herr Hoppe das Richtige trifft, wenn er jenen folgt, die den Nährwerth des Alkohols leugnen, oder ob ich gut daran gethan habe, wenn ich ihn behaupte, das muss erst die Zukunft lehren.

Wenn aber Herr Hoppe meint, Neumann und Rosemann würden sich gegen die Nutzanwendung, die ich aus ihren Arbeiten gezogen habe, entschieden sträuben, so glaube ich doch, dass Herr Hoppe — vielleicht etwas ängstlichen Gemüthes — in seinen Befürchtungen zu weit geht. Ich stimme ja doch, und wer mein Referat aufmerksam gelesen hat, wird dies zugeben müssen, mit Neumann völlig überein, wenn er die Verwendung des Alkohols mit Rücksicht auf dessen Giftigkeit eingeschränkt wissen will. Sehr verwahren muss ich mich dagegen, dass Hoppe mir zumuthet, den Alkohol als Nahrungsmittel empfohlen zu haben. Ich habe nur gesagt: „Der Alkohol unterstützt mithin in eminenter Weise die Ernährung, denn er spart, wenn genügend Nahrung gegeben wird, Fett und Eiweiss". Der Alkohol ist also nach meiner Meinung wohl ein Nährmitttel, das heisst eine die Ernährung unterstützende Substanz, aber kein Nahrungsmittel, da er allein den Körper nicht ernährt. Sollte dieses Missverständniss etwa darin seine Aufklärung finden, dass Herrn Hoppe im Gegensatz zu seinem sonstigen umfassenden Wissen der Begriff „Nahrungsmittel" nicht geläufig ist?

Herr Hoppe kritisirt auch meine Behauptung, dass ich bei Epileptikern einen schädlichen Einfluss mässigen Alkoholgenusses auf deren Krankheitsverlauf nicht bemerkt habe. Er citirt diesbezüglich Kraepelin, welcher behauptet, dass jeder Epileptiker in höherem oder geringerem Grade intolerant gegen Alkohol sei und schliesst daran die Bemerkung:

„Ich glaube, dass man dies vollständig unterschreiben kann". (!) Ich habe in meinem auf der gleichen Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien gehaltenen Vortrag: „Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie" (siehe Wiener klinische Wochenschrift Nr. 46, 1901) über meine diesbezüglichen Versuche berichtet. Zwölf epileptische Kranke (fünf Frauen und sieben Männer, sämmtlich Fälle von idiopathischer Epilepsie), die bisher abstinent gehalten worden waren, erhielten Alkohol in Form eines leichten Bieres, und zwar erhielten die Kranken zuerst durch zwei Monate hindurch abends je $\frac{1}{2}$ l Bier, dann durch sechs Wochen je 1 l Bier, und zwar mittags und abends getheilt. Wie die auf das gewissenhafteste vor und während des Versuches geführten Anfallstabellen zeigten, blieb dieser Alkoholgenuss ganz ohne Einfluss auf die Zahl der Anfälle, ja es war sogar während der Zeit des Alkoholgenusses eine mässige Verminderung der Zahl der Anfälle bemerkbar gewesen. Auch das psychische Verhalten der Kranken hatte während der Zeit des Alkoholgenusses keine Aenderung erfahren.

Herr Hoppe, der die Einseitigkeit meiner Citate tadelt und behauptet, ich citire nur Autoren, die meine vorgefasste Meinung zu bestätigen scheinen, citirt nur Kraepelin. Warum nicht auch Jolly und Bratz?

Jolly (siehe: Ernährungstherapie bei Nervenkrankheiten, von Dr. E. Jolly. Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben von L. v. Leyden, Band III, erste Abtheilung, Leipzig 1898) sagt l. c. pag. 159: „— Keineswegs lässt sich aber die Forderung rechtfertigen, dass allen, die einmal an Epilepsie gelitten haben oder die habituell daran leiden, der Alkohol dauernd zu verbieten sei". Und auf derselben Seite: „Bei einer ganzen Anzahl dieser (sc. epileptischen) Kranken, die verhältnissmässig seltene Anfälle haben und durch dieselben wenig in ihrem Befinden und in ihrer Leistungsfähigkeit gestört werden, zeigt die Erfahrung, dass mässiger Alkoholgenuss ganz ohne Einfluss auf die Krankheit bleibt und ihnen daher ebenso gut wie Gesunden gestattet werden kann".

Ich citire ferner Bratz (Veröffentlichungen über Epilepsie und Epileptikerfürsorge. Sammelbericht mit einigen Bemerkungen von Dr. Bratz, Wuhlgarten, Berlin. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band IX, Heft 2, Februar 1901). Dieser äussert sich l. c. pag. 149 folgendermaassen: „Der Berichterstatter (nämlich Bratz) hat bei 200 geordnet lebenden Epileptikern der Anstalt Wuhlgarten, welche täglich eine Flasche Bier erhielten, die Gesammtzahl der Anfälle innerhalb neun Monaten zusammengerechnet, er hat dasselbe Exempel an denselben Personen dann die neun Monate nach Einführung der Abstinenz wiederum angestellt und durchaus keine Verminderung, sondern eine geringe Vermehrung constatirt, welch' letztere sich wohl zwanglos durch die vermehrte Schulung des Wartepersonals in der Beobachtung der Anfälle erklärt. Bezüglich der Un-

schädlichkeit geringer Biergaben für die meisten Epileptiker kann der Berichterstatter sich daher dem Jolly'schen Urtheile nur anschliessen".

Herr Hoppe bemerkt, dass „solche" Erfahrungen — er bezieht sich dabei auf Kraepelin's Aeusserung, dass jeder Epileptiker in höherem oder geringerem Grade intolerant gegen Alkohol und dazu disponirt sei, durch denselben in schwerere geistige Störung zu verfallen, sich selbst und Anderen in höherem Grade gefährlich zu werden — auch in den deutschen ärztlich geleiteten Epileptikeranstalten (Wuhlgarten, Uchtspringe) dazu geführt haben, den Alkohol als Genussmittel zu verbannen und zwar mit dem besten Erfolge. Zunächst Wuhlgarten. Ich habe in Wuhlgarten mit Director Hebold über diese Sache gesprochen. Was Hebold mir damals sagte, stimmt genau mit dem überein, was sein Assistent Bratz in obigem Referat an die obcitirte Stelle anschliesst. Ich führe daher Bratz wörtlich an: „Die Einführung völliger Enthaltsamkeit von geistigen Getränken in grossen Anstalten erscheint trotzdem sehr wünschenswerth, aber aus wesentlich anderen als den hier berührten Gründen. Das Krankenmaterial der genannten Anstalt (Wuhlgarten) umfasst zu einem grossen Theil Alkoholepileptiker und dem Trunke stark ergebene Frühepileptiker. So lange nun Bier überhaupt in der Anstalt und auf den Abtheilungen sich befand, waren Durchstechereien und damit Alkoholexcesse, pathologische Rauschzustände, ferner der Durst nach mehr und Ausflüge in die benachbarten Dorfkneipen an der Tagesordnung. Alle diese Missstände haben eine wesentliche Minderung erfahren, seit durch Hebold die Abstinenz für Kranke und Wartepersonal der Anstalt eingeführt ist". So viel über Wuhlgarten. Und Uchtspringe? Wenn ich der mir unvergesslichen feuchtfröhlichen Stunden gedenke, die ich während meines Uchtspringer Aufenthaltes im Kreise der dortigen unvergleichlich liebenswürdigen Collegen verlebt habe, so muss ich wohl zu der Ansicht kommen, dass diese und mit ihnen ihr rühriger Chef, Herr Director Alt, davon noch recht weit entfernt sind, überzeugungstreue Anhänger der absoluten Alkoholabstinenz zu sein, und wenn Alt die Abstinenz für die Pfleglinge und Pflegepersonen seiner Anstalt obligatorisch gemacht hat, so haben ihn sicherlich — wie Hebold — Erwägungen administrativer Natur dazu geführt, nicht aber „solche" Erfahrungen, wie sie Kraepelin gemacht haben soll. Und wenn Hoppe glaubt, das was Kraepelin oben sagt, vollständig unterschreiben zu können, so will ich ihm nur den collegialischen Rath geben, mit seiner Unterschrift künftighin etwas vorsichtiger umzugehen.

Meine Ansicht, man müsse, da eine allgemeine Bezeichnung jener Fälle, in welchen ein geringes Alkoholquantum gegeben werden könne, nicht möglich sei, individualisiren, hat keine Gnade in den Augen Hoppe's gefunden. Er meint: „Ja warum denn in aller Welt?" Weil ich meinen Pfleglingen gegenüber an dem Princip der freien Behandlung festhalte, das heisst, ich schränke grundsätzlich die Freiheit der mir anvertrauten Kranken nicht mehr ein, als es deren Zustand unbedingt erfordert. Wenn nun ein Pflegling der Anstalt, der von früherher an ein bescheidenes Alkoholquantum gewöhnt war, dieses in der Anstalt gleichfalls verlangt, tritt an mich die Frage heran, ob dieses bescheidene Alkoholquantum bei dem vorhandenen psychischen und somatischen Zustand des Kranken diesem schaden kann oder nicht. Ist ersteres der Fall, dann gebietet es mir meine ärztliche Pflicht, dem Kranken jeden, auch den bescheidensten Alkoholgenuss zu versagen.

Ist aber letzteres der Fall, dann will ich nicht aus blosser Principienreiterei dem Patienten, der ja ohnedies der Freiheit beraubt, herausgerissen aus seiner Familie, aus seinen gewohnten Verhältnissen, in dem Gefühle des Verlustes alles dessen, was ihm gewohnt und lieb und theuer war, sich unglücklich fühlt, einen so bescheidenen, im speciellen Falle unschädlichen Genuss versagen und ich glaube, jeder Antsaltsarzt muss mir recht geben, dem nicht ein blinder Fanatismus in der Abstinenzfrage Herz und Hirn geschädigt hat oder dem — wie dies leider auch vorkommt — eine kritiklose Nachäffung der in einzelnen Anstalten eingeführten Abstinenz das einzige Motiv der gleichen Einführung in der von ihm geleiteten Anstalt ist. Die Naivetät zu glauben, dass auch schon ein mässiger Alkoholgenuss, wie Hoppe sagt, auf das Centralnervensystem des gesunden und kräftigen Menschen einen deutlich schädigenden Einfluss besitzt, der „aller Wahrscheinlichkeit nach" bei einem kranken Gehirn mit seiner gesteigerten Erregbarkeit und den vielfach gestörten Circulationsverhältnissen noch viel stärker ist, besitze ich nicht; und ich behaupte daher nach wie vor, dass ich im Laufe meiner vieljährigen psychiatrischen Praxis thatsächlich manchen Kranken gesehen habe und noch sehe, dem ein mässiger Alkoholgenuss nichts geschadet hat. Dafür den Beweis zu erbringen ist wirklich nicht schwer.

Nun komme ich noch zu jenem Punkte meines Referates, den Hoppe als die Quintessenz desselben bezeichnet. Bei der Widerlegung dieser Quintessenz ist Herrn Hoppe ein kleiner Lapsus passirt. Er, der

in seiner ganzen, zum grössten Theile meiner Wenigkeit gewidmeten Arbeit für die obligatorische Alkoholabstinenz in Irrenanstalten eintritt, der so überzeugt davon thut, dass selbst mässiger Alkokolgenuss jedem Menschen überhaupt, umsomehr dem Geisteskranken schadet, der es als eine Pflicht des Arztes bezeichnet, allen Geisteskranken den Genuss des Alkohols zu entziehen, findet auf einmal, dass unter den männlichen Geisteskranken durchschnittlich 56 % „unter allen Umständen" der Alkohol versagt werden muss.

Hoppe giebt also wohl selbst in einem Anfall von Aufrichtigkeit zu, dass er 44 % männlicher Geisteskranker gezählt hat, denen der Alkohol nicht „unter allen Umständen" entzogen werden muss. Er „glaubt" aber — man möchte seinen Augen kaum trauen — dass in anderen Anstalten die Zahl jener, denen der Alkohol „unter allen Umständen" entzogen werden muss, kaum unter 30 % heruntergehen wird. Dort wären also sogar 70 %, denen der Alkohol nicht „unter allen Umständen" entzogen werden muss! Aber selbst dort, wo 20 % oder selbst nur 10 % jener Kranken vorhanden sind, denen der Alkohol „unter allen Umständen" entzogen werden muss, fordert Hoppe die Alkoholabstinenz für alle Pfleglinge. Hoppe macht es mir leicht, die Quintessenz meines Referates zu vertheidigen, indem er schreibt: „Schlöss wird vielleicht sagen, dieser 10 % kann ich doch den übrigen 90 % gegenüber nicht so hart sein, ihnen den gewohnten Alkoholgenuss zu entziehen". Hoppe hat mich mit grossem Scharfsinn durchschaut, denn dies sage ich wirklich.

Und nun zum Schluss: Meine Ansichten über die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten habe ich in meinem Referat niedergelegt und halte fest daran, denn sie entsprechen meiner Ueberzeugung. Die Nothwendigkeit der Einführung der Alkoholabstinenz in einer Irrenanstalt hängt von localen Verhältnissen ab. Nur nebenbei will ich bemerken, dass mich die Besorgniss selbst abstiniren zu müssen in meinen Ansichten über die Einführung der Alkoholabstinenz nicht beeinflusst, denn ich war immer ein Gegner der Unmässigkeit und würde durch die Abstinenz nur zu geringer Entbehrung verhalten sein. Dass ein mässiger Alkoholgenuss selbst dem gesunden und kräftigen Menschen, umsomehr j e d e m Geisteskranken schade, widerspricht meiner Erfahrung. Jenen Kranken, denen ein mässiger Alkoholgenuss — denn es kann hier nur immer von einem solchen die Rede sein — in psychischer oder somatischer Beziehung nur möglicherweise schaden könnte, versage ich denselben. Den anderen gestatte ich ihn dann, wenn sie darum bitten. Einen Nachtheil für diese habe ich nie beobachtet. Bis jetzt ist es mir in der seit mehr als fünf Jahren meiner Leitung unterstehenden Anstalt (Ybbs) noch immer gelungen, jene meiner Patienten, denen die Alkoholabstinenz auferlegt wurde, auch wirklich dazu zu verhalten. Würde mir dies nicht möglich gewesen sein, so hätte ich die Abstinenz allgemein eingeführt.

Bromipin.

Von Dr. *Baucke*, Bonn a. Rh.

Bromipin ist eine chemische Verbindung des Broms mit dem durch seine leichte Verdaulichkeit bekanntem Sesamöl, in der sich Brom an die Fettsäure des Oeles additionell angelagert hat. Die Verbindung ist haltbar und erinnert bezüglich ihres Geruches und Geschmackes in keiner Weise an Brom. Sie kommt in zwei Formen in den Handel, als 10prozentiges und als 33 1/3 prozentiges Bromipin. Ersteres stellt eine hellgelbe, leicht dicke, ölige Flüssigkeit dar von 1,008 spec. Gew. bei 20° C. Das hochprozentige Präparat ist ein zähes, dickes Oel von hellbrauner Farbe, von einem spec. Gew. von 1,311 bei 20° C. Wegen seiner Konsistenz lässt es sich nicht gut einnehmen, man verordnet es daher in Kapseln à 2 gr oder applicirt es per Rectum.

Nach W i n t e r n i t z wird das Bromipin zum weitaus grösserem Theile in den Muskeln, der Leber, dem Knochenmark und in dem Unterhautzellgewebe abgelagert. Der therapeutische Effect des Bromipins beruht zum grossen Theil darauf, dass ein sehr erheblicher Prozentsatz des in ihm enthaltenen Broms mit abgelagert und erst an der Ablagerungsstätte durch Oxydation sowie durch Einwirkung des alkalischen Blutes und der alkalischen Gewebssäfte nach und

nach abgespalten wird. Die Abspaltung geht sehr successiv vor sich — Brom lässt sich weit länger im Harn nachweisen, als bei der Zufuhr von Bromalkalien — es kann sich in Folge dessen ein die therapeutische Wirksamkeit des Broms bedingendes grösseres Bromdepot im Körper ansammeln. In noch höherem Maasse als bei den Bromsalzen wird man demnach hier zu erwarten haben, dass die Wirkung auf das Centralnervensystem erst nach einer gewissen Zeit sich voll entfaltet.

Ein weiterer Vorzug, den das Bromipin vor den Bromsalzen hat, besteht darin, dass es den Verdauungstractus selbst bei lange fortgesetztem Gebrauch nicht belästigt. Das Bromfett wird vom Magen nicht resorbirt, die event. unter Einwirkung des Darmsaftes abgespaltene Bromalkalimenge ist so minimal, dass eine Alteration des Darms durch Salzwirkung nicht anzunehmen ist.

Von allen Autoren wird übereinstimmend hervorgehoben, dass bei Darreichung von Bromipin die hartnäckigen Erscheinungen von seiten der Haut in Gestalt von Akneknoten und Pusteln, wie sie in Folge von längerem Gebrauch der Bromide auftreten, fasst gänzlich fehlen. Nur in ganz vereinzelten Fällen hat sich eine geringe, gutartige Akne gezeigt.

Von Féré wurde eine Erschlaffung und Lähmung der Darmmuskulatur — bedingt durch eine dauernde Zufuhr von Bromsalzen —, die eine Resorption giftiger Stoffe begünstigt, für die Akne verantwortlich gemacht. Da nun durch Bromipin kein Reiz auf den Darm ausgeübt wird, vermag auch bei dessen Anwendung keine Akne aufzutreten.

Bromipin wird vorzugsweise bei der Behandlung der Epilepsie angewendet; die Zahl der klinischen Mittheilungen über die therapeutische Wirkung desselben ist bereits eine ganz beträchtliche. Leider ist die diesen Veröffentlichungen zu Grunde liegende Casuistik häufig nicht eben zahlreich. Wulff berichtet über einen Fall von Epilepsie, bei dem Bromkalium und Bromnatrium in mässiger Dosis nicht vertragen wurde, da sie den Appetit verminderten, Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Apathie im Gefolge hatten und Akne in ausserordentlicher Weise zu Tage treten liessen. Auch andere Verordnungen, spec. Belladonna resp. Atropin mussten ausgesetzt werden, da sie nicht vertragen wurden. Erlenmeyersches Bromsalzwasser, das in kleinsten Dosen gut vertragen wird, hatte eine heftige, unangenehme Bromakne trotz aller dagegen versuchten Maassnahmen im Gefolge, die epileptischen Anfälle wurden nur mässig beeinflusst. Es wurden 10% Bromipin gereicht, anfangs täglich 2mal 1 Theelöffel voll, später, als dies gut vertragen wurde, täglich 3mal 1 Theelöffel voll. Die Anfälle nahmen schnell an Häufigkeit und Intensität ab, nach Verlauf von 7 Wochen wurde der letzte beobachtet. Die vorhandene Bromakne verschwand, das Allgemeinbefinden, besonders der Appetit hob sich zusehends. In einem 2. Fall von Epilepsie bei einem 11jährigen Kinde, wo andere therapeutische Verordnungen bisher nur geringen Erfolg hatten, traten nach längerem Gebrauche von Bromipin keine Anfälle mehr auf. Freusdorf theilt einen Fall von traumatischer Epilepsie mit, dessen häufige Anfälle mit verschiedenen Bromsalzen zwar eingeschränkt wurden, wobei aber allmählich eine so heftige Bromintoxikation eintrat, dass diese Ordination ausgesetzt werden musste. Nach Bromipinbehandlung verschwanden die Anfälle, das Allgemeinbefinden war das beste. Leubuscher constatirt, dass Bromipin fast durchweg gern genommen wurde, dass unangenehme Nebenwirkungen gänzlich fehlten, und dass es selbst in solchen Fällen gut zu wirken im Stande ist, wo andere Brompräparate versagen. Gessler empfiehlt das Bromipin auf Grund eines günstig verlaufenden Falles: ein hochgradiger Epileptiker, von häufigen Anfällen heimgesucht, seither vergeblich mit Adonis und Bromnatrium behandelt, erhielt täglich 3 Esslöffel voll von 10% Bromipin, die Anfälle minderten sich sehr und ber Patient blieb nachher für längere Zeit anfallsfrei.

Derartige vereinzelte Fälle, wo Bromipin auf die Anfälle und das Allgemeinbefinden besser wirkte als die Bromsalze, beweisen jedoch nicht eine grössere antiepileptische Valenz des Bromipins. Es ist ja bekannt, dass gerade bei der Epilepsie fast jedes neue Mittel, welches gegen diese Krankheit empfohlen wurde — und deren giebt es eine ganze Reihe — anfangs mit mancherlei Erfolg gekrönt war. Es sei mir gestattet über einen Fall aus der Bonner Heil- und Pflegeanstalt zu berichten, an dem dies sehr schön zu Tage tritt: Ein 18jähriger Kaufmannslehrling, erblich nicht belastet, Entwicklung normal, bekommt mit dem 17. Jahre epileptische Krämpfe. Am 20. V. 1896 in die Anstalt recipirt, hatte er täglich 1—2 Anfälle. Am 23. V. wird die Flechsig'sche Kur eingeleitet, am 27. V. hat er noch 2 Anfälle, wird zunehmend benommener. Am 2. VI. keine Anfälle mehr. 11. VI. kommt psychisch voran. 20. VI. sehr viel freier und besser. Am 23. VI. erster Anfall, am 24. VI. 4 Anfälle, am 28. VI. Bromkali. Am 5. VII. noch 4 epileptische Krämpfe, deren Zahl wird bald geringer, am 25. VII. ohne Anfälle, hält sich gut, freundliches, offenes Wesen. Am 26. VIII. ein Anfall, dieselben häufen sich trotz des Gebrauchs von Bromkali bis zu 7,0 g p. D., Patient wird zusehends

dementer. Am 20. I. 1897 erhält er Adon. vern., die Anfälle nehmen ab, es geht ihm psychisch ebenfalls besser. Im Oktober wird die Medication von Adon. vern. ausgesetzt, Patient ist bis zum Januar 1898 fast anfallsfrei auch ohne Medikation. Seit dieser Zeit werden die epileptischen Krämpfe häufiger, er erhält wieder Adon. vern., jedoch mit wenig Erfolg. Am 10. V. wird ihm Bromalin verabreicht, die Anfälle häufen sich noch mehr, Patient wird sehr unruhig, geht psychisch sehr zurück. Nach 4 wöchentlichem Gebrauch wird Bromalin durch Bromkali ersetzt. Die Anfälle vermindern sich, sein geistiger Zustand wird ein besserer. Im September erhält Patient Bromipin; schon nach 11 tägigem Gebrauch desselben ist er längere Zeit anfallsfrei, später treten die Krämpfe nur ganz vereinzelt auf, psychisch geht es dem Kranken sehr gut, er arbeitet fleissig, so dass er im Dezember beurlaubt werden kann. Anfang Januar zurückgekehrt, häufen sich wiederum die Anfälle mehr und mehr, auch psychisch geht er sehr zurück, liegt apathisch im Bett. Es wird ihm Bromkali ordinirt, die Krämpfe werden allmählich seltener, er beschäftigt sich wieder. Patient bittet wiederholt um die Arznei, die er vor seiner Beurlaubung erhalten habe (gemeint ist Bromipin). Am 19. Juli erhält er dieselbe. Die Anfälle mehren sich nach Bromipin, Patient geht psychisch immer mehr zurück, liegt ganz stuporös im Bett, lässt sich die Fliegen in den Mund kriechen, ist unreinlich mit Urin. Am 22. VIII. erhält er wiederum Bromkali. Schon am 1. IX. treten für längere Zeit keine Anfälle mehr auf, der Kranke wird etwas freier, erholt sich allmählich. Später treten nur noch vereinzelte Krämpfe auf, psychisch ist er wieder hergestellt. Dieser Zustand hält $1^1/_4$ Jahr an. Ausgang Januar 1901 treten gehäuft Krämpfe auf, am 3. II. bis zu 19 Anfällen, Patient erhält Amylenhydrat; am 4. II. ohne Anfall, ganz stuporös, reagirt nicht auf Anrede. Am 5. II. Exitus. Wir sehen, dass alle ordinirten Mittel — ausgenommen Bromalin, das in diesem Falle gar nicht wirkte — anfangs mit Erfolg angewendet wurden, schliesslich aber versagten. Mit Bromkalium wurde das meiste erreicht. Nach dem ersten Gebrauch des Bromipins verringerten sich die Anfälle, Patient wurde psychisch freier, als er es war bei der Application von Bromkali. Zum 2. mal angewendet, trat gerade das Gegentheil ein, die Anfälle häuften sich sehr, der Kranke wurde bedenklich stuporös, erst nach Gebrauch von Bromkali wurde er von seinen epileptischen Insulten fast gänzlich befreit, bis er schliesslich nach längerer Zeit im Status epilepticus zu Grunde ging.

Zimmermann hat das Bromipin bei 10 Patienten in Dosen von 3 Theelöffel bis 4 Esslöffel verordnet. Vor allen Dingen scheint ihm der Vortheil des Bromipins in dem Fehlen von Eruptionen von Seiten der Haut zu bestehen, sowie in dem Ausbleiben von Magen-Katarrhen und Darmaffectionen. Nach seinen Angaben, denen sich auch Cramer und Schulze anschliessen, soll es mehr auf die Anfälle wirken als die gleichwerthige Menge Bromkaliums. Letztgenannter Autor berichtet in seiner Dissertation über 6 Epileptiker, die er mit Bromipin behandelte. Es waren sämmtlich alte Fälle und dabei schwerer und schwerster Art. Er stieg allmählich, mit geringen Gaben beginnend, auf 20—25 gr, bei einem Patienten bis 35 gr pro Dosi. Hierauf wurden die Tagesgaben wieder auf 25, 15, 10 gr vermindert. Er konnte selbst bei Patienten, die seither täglich unter den heftigsten Anfällen zu leiden hatten, anfallsfreie Pausen bis zu 14 Tagen beobachten. Gleichzeitig soll der geistige Zustand der Kranken eine wesentliche Besserung erfahren haben, die auch nach Herabsetzung der Tagesdosen von Bestand blieb. Nach Schulze ist Bromipin in entsprechender Menge gegeben nicht nur dem Bromkali gleichwerthig an sedativer Kraft, sondern es hat sich als wirksamer erwiesen in Fällen, wo die Bromsalze versagten. Kothe hat 6 Fälle von reiner genuiner Epilepsie mit Bromipin behandelt. In Fällen, in welchen das ölige Präparat per os nicht gern genommen wird, verordnet er es in Form rectaler Injection. Zu Anfang injicirt er 15 gr, steigt innerhalb 6—7 Wochen auf 30 selbst auf 40 gr, jedoch immer nur bis zu jener Dosis, die hinreicht, die Convulsionen und etwaige Aequivalente zum Verschwinden zu bringen. Auf dieser Höhe bleibt er mindestens 2—3 Wochen stehen, um dann in den nächsten 6—7 Wochen zur ursprünglichen Dosis zurückzukehren. Diese Methode hat der Autor mindestens ebenso wirksam gefunden, als die Medication per os. Darmreizung oder sonstige unangenehme Nebenwirkungen werden auch bei dieser Darreichung nicht beobachtet. Nach Kothe beseitigt Bromipin, in täglichen Gaben von 15—40 gr, bei Epileptikern angewendet, sicher und für längere Zeit die Krampfanfälle und wirkt direct günstig auf Psyche und Intellect ein. Nicht ganz so günstig wie Schulze und Kothe spricht sich über die Bromipinwirkung Laudenheimer aus. Seine Erfahrungen beziehen sich auf einige 30 Patienten. Um einen Maassstab für die antiepileptische Kraft des Mittels zu erhalten, substituirte er bei Kranken, die erfahrungsgemäss durch ein gewisses Tagesquantum Bromnatrium von ihren Anfällen befreit wurden, von einem bestimmten Zeitpunkt an die dem Bromgehalt nach äquivalente Menge Bromipin. Dabei traten nach dem

Wechsel in mehreren Fällen, insbesondere wo vorher hohe Bromsalzdosen zur Unterdrückung der Anfälle nöthig gewesen waren, von Neuem Anfälle auf, die selbst durch eine überwerthige Bromipindosis nicht unterdrückt werden konnten. Umgekehrt dagegen kehrten niemals bei einem unter Bromipin anfallsfrei gewordenen Patienten die Krämpfe wieder, wenn äquivalente Mengen Bromnatrium eingesetzt wurden. Sicher sprechen diese Versuchsresultate nicht für eine weit grössere Activität des Brommolecüls, welche Schulze und andere dem vermittels des Bromipins in den Körper gelangten Brom vindiciren. Laudenheimer fand ferner, dass die ursprünglich von Winternitz vorgeschlagene Tagesdosis von höchstens 3 Theelöffel voll, in Uebereinstimmung mit Binswanger viel zu niedrig gegriffen sei. Bei weniger als 2 Esslöffel von 10% Bromipin pro die sah er überhaupt keine deutliche antiepileptische Wirkung; bei schweren Fällen stieg er sogar auf 4 Esslöffel. Selbst in diesen hohen Gaben wurde Bromipin wochenlang ohne jegliche Nebenwirkung vertragen. Dies bestätigen auch Verhoogen, Bodoni und Losio. Laudenheimer weist, um auch das noch zu erwähnen, darauf hin, dass Bromipin das einzige Brompräparat ist, das auch subcutan einverleibt werden kann, was unter Umständen, z. B. bei der Behandlung renitenter geisteskranker Epileptiker, von Bedeutung sein kann. Er kommt zu dem Resultat, dass das neue Präparat, wenn es auch nicht ein den altbewährten Bromsalzen überlegenes Antiepileptikum ist, doch für eine Reihe leichter und mittelschwerer Epilepsiefälle therapeutisch ausreicht. Lorenz schliesslich berichtet über 34 Fälle von Epilepsie, welche einer Behandlung mit Bromipin unterzogen wurden. Von diesen zeigten 13 eine deutliche, mehr oder weniger beträchtliche Verminderung der Zahl der epileptischen Insulte während der ganzen Dauer der Behandlung. Eine vorübergehende war bei 3 Patienten im Beginne der Medication aufgetreten, eine geringe Vermehrung der Anfälle wurde in 1 Falle beobachtet. Bei 17 Kranken erfuhr die Zahl der Anfälle gegenüber der früheren Behandlung keine Aenderung. In ähnlicher Weise wie die Anfälle wurde das Verhalten der Kranken im günstigen Sinne beeinflusst. Der Autor hat mit Bromipin bessere Erfolge erzielt als mit der Flechsig'schen Opium- und Brombehandlung.

Dass Bromipin sich ebenfalls wie die übrigen Brompräparate bei denjenigen nervösen Zuständen, in denen das Brom überhaupt seine Heilkraft entfaltet, bewähren würde, war vorauszusehen. Dornblüth reichte Bromipin mit Erfolg gegen das nächtliche, nervöse Herzklopfen der Neurastheniker, das bereits nach mehrmaligen abendlichen Dosen von 1 Theelöffel voll des 10% Präparates sistirt wird. Wochenlange Bromipingaben bewirkten in verschiedenen Fällen ein anhaltendes Ausbleiben dieser Erscheinungen. Es leistete ihm gute Dienste bei hysterischen Patienten, bei Patienten mit neurasthenischen Angst- und nervösen Erregungszuständen. Wolff glaubt, dass die Bedeutung des Bromipins hauptsächlich auf dem Gebiete der Bekämpfung nervöser, insbesondere hysterischer und neurasthenischer Zustände liegt. Freusdorf ordinirte Bromipin mit Erfolg bei verschiedenen Fällen von nervöser Erregbarkeit, Freiberg bei unerträglichem Herzklopfen und bei Schwindelanfällen, Bass bei quälenden nächtlichen Erectionen der Gonorrhoiker. Wulff verordnete das Präparat erfolgreich bei nervöser Schlaflosigkeit, ferner gelegentlich einer 2 monatlichen Seereise auch gegen die Seekrankheit. In 2 Fällen wendete er es prophylaktisch an bei Passagieren, die ihm mittheilten, dass sie bisher noch bei jeder Seetour erkrankt seien, beide erkrankten nicht. Bei bereits ausgebrochener Seekrankheit zeigte Bromipin eine entschieden günstige Wirkung. Losio erzielte in einem Fall von seither erfolglos behandelter Trigeminusneuralgie mit diesem Mittel anhaltende Besserung. Man will endlich bei Anwendung von Bromipin Besserung gesehen haben bei Chorea, Paralysis agitans, Ischialgie und bei cerebralen Formen der Neurasthenie.

Auf Grund seiner unzweifelhaften Vortheile, die das Bromipin gegenüber den Bromsalzen dadurch besitzt, dass es keine Störungen des Verdauungstractus und keine Hauteruptionen hervorruft, wird man es anwenden bei Epilepsie in allen Fällen, in denen die leider so oft folgeschweren Erscheinungen des Bromismus weitere Bromsalzmedication verbieten, also bei schweren Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals und bei hartnäckigen Fällen von Bromakne.

Bromipin ist ferner zu empfehlen bei leichten, mittelschweren und frischen Fällen von Epilepsie,

zu versuchen in Fällen, bei denen man mit Bromsalzen keine nennenswerthe Erfolge erzielte.

Bei nervösen Beschwerden der verschiedensten Nervenkrankheiten und der Neurasthenie leistet es gleich den andern Brompräparaten ausgezeichnete Dienste.

Von fast sämmtlichen Patienten wird das 10% Bromipin ohne Widerwillen eingenommen, es erinnert bezüglich seines Geschmackes und Geruches in keiner Weise an Brom. Um seinen öligen Geschmack zu verdecken, versetze man das Präparat mit einer Spur Ol. Menth. pip., oder reiche es in warmer Milch. In Fällen, in denen es aus diesem oder jenem Grunde per os nicht gegeben werden kann, empfiehlt sich die

rectale oder subcutane Injektion. Sollen hohe Dosen in Anwendung kommen, so verordne man das $33^1/_3$% Bromipin in Kapseln oder applicire dasselbe per Rectum.

Benutzte Litteratur über Bromipin.

1. Bass, A. Ein Beitrag zur Anwendung des Bromipins, Allgem. Wiener Medicinische Zeitung 1900, Nr. 41.
2. Bodoni. Das Bromipin in der Behandlung der Epilepsie, Riv. di pat. nerv. e ment. Fasc. IX. 1899.
3. Cramer. Versuche mit dem Bromipin bei Epileptikern, Neurol. Centralblatt 1899, Nr. 11 — und Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Band 56.
4. Dornblüth. Ueber Bromipin Merk, Aerztliche Monatsschrift 1899, Heft 5.
5. Freiberg. Ueber Bromipin Merk, Medico, 1901, Nr. 44.
6. Frensdorf. Zwei neue Heilmittel, Bromipin und Jodipin, Der practische Arzt 1900, Nr. 5.
7. Gessler. Zur therapeutischen Wirkung des Bromipins, Württemb. Medicinisches Correspondenzblatt 1898, Nr. 46.
8. Hesse. Ueber Bromipin und seine therapeutische Bedeutung, Allgem. Medicin. Central-Zeitung 1900, Nr. 21.
9. Hirschkorn. Die Therapie der Nervenkrankheiten, Wien 1900.
10. Kothe. Zur Behandlung der Epilepsie, Neurol. Centralblatt 1900, Nr. 6.
11. Laudenheimer. Ueber einige neuere Arzneimittel und Methoden zur Epilepsiebehandlung, Therapie der Gegenwart. Juli 1900.
12. Laudenheimer. Ueber den Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der Epileptiker, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1901, X. 3.
13. Leubuscher. Beiträge zur Kenntniss und Behandlung der Epilepsie, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1899, Bd. V, Heft 5.
14. Lorenz. Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin, Wiener klinische Wochenschrift 1900, Nr. 44.
15. Losio. Bromipina e Jodipina, Gazzetta medica, delle Marche 1899, 1 und 2.
16. Schulze. Einige Versuche über die Wirksamkeit des Bromipins bei Epilepsie, Inauguraldissertation, Göttingen 1899.
17. Verhoogen. Sur le traitement de l'Epilepsie. Journal médical de Bruxelles 1900, Nr. 45.
18. Wolff. Einige Erfahrungen über Bromipin, Allgemeine Medicinische Central-Zeitung 1901, Nr. 35.
19. Wulff. Die Wirkung des Bromipins, zugleich ein Beitrag in Bezug auf die Seekrankheit, Aerztliche Monatsschrift, 1899, Heft 11.
20. Zimmermann. Ueber die Anwendung eines neuen Brompräparates, Bromipin, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 56, — Neurol. Centralblatt 1899, Nr. 11.

Mittheilungen.

— **Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in München,** 14. und 15. IV. 1902. Fortsetzung. Vorträge.

Vorschläge zur Schaffung einer Centralstelle für Gewinnung statistischen Materials über die Beziehungen der Geisteskranken. Referent: Herr Prof. Dr. Hoche in Strassburg i. E. (Dieser Vortrag erscheint demnächst in der Wochenschrift).

Discussion zum Vortrag Hoche.

Herr Pelman schlägt dem Verein vor, die Anträge Hoche's anzunehmen. In Bezug auf die Personenfrage möchte er in erster Linie den Vortragenden in Vorschlag bringen, dann ein Mitglied des Vorstandes, und zwar im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse Herrn Fürstner. Auch die Summe könnte etwas reichlicher bemessen und vielleicht auf 400 M. zu erweitern sein.

Herr Siemens: Ich möchte auch dringend empfehlen, die Anträge H.'s anzunehmen. Da der Pressfirma, welche das Material liefern soll, immerhin das eine oder das andere Vorkommniss im Reiche entgehen kann, möchte ich die Vorschläge dahin erweitern, dass auch Sie alle, m. H. Coll. im ganzen Reich, sich mit Eifer an der Sammlung authentischen Materials unaufgefordert betheiligen möchten.

Herr Jolly schliesst aus dem Beifalle, den der Vortrag des Red. gefunden hat, dass auch diese Vorschläge allgemeine Zustimmung finden werden. Auch der Vorstand sei der Meinung, dass ein Vorgehen in diesem Sinne wünschenswerth sei. Als Name für die betreffende Commission sei vorzuschlagen: „Statistische Commission." Die Delegation eines Vorstandsmitglieds in die Commission müsse in dem Sinne erfolgen, dass dieses Mitglied in allen Fällen, in welchen activ die Presse benutzt werden solle, die Entscheidung zu treffen haben.

Herr Pelman bittet, seinem Vorschlage noch den Zusatz zu geben, dass der zu wählende Ausschuss das Recht der Cooptation erhalte.

Herr Hoche dankt den Herrn Vorrednern für ihre zustimmenden Worte. Die Interessirung aller deutschen Irrenärzte für die Sammlung würde von Seiten der Centralstelle durch besondere Aufforderungen, die event. in geringen Zwischenräumen zu wiederholen wären, zu erfolgen haben. Die activen Mitglieder der Commission wären am besten auf verschiedene Bezirke Deutschlands zu vertheilen. H. selbst ist gerne bereit, eine auf ihn fallende Wahl als Mitglied der geplanten „statistischen Commission" anzunehmen.

Die Versammlung beschliesst, dass eine statistische Commission eingesetzt werden soll. Es wird zunächst Herr Hoche gewählt mit dem Rechte, weitere Mitglieder zu cooptiren. Als Vorstandsmitglied wird Herr Fürstner in die Commission delegirt.

Herr Fürstner: Ich bin bereit die Hemmschuh-Rolle zu übernehmen, wenn es mir gestattet ist, die practische Ausführung von dem Beschlusse des Vorstandes abhängig zu machen.

Discussion zum Vortrag Fürstner.
(siehe Mittheilungen in No. 4)

Herr Schüle: Der soeben gehörte Vortrag, ist so reich in seinem Inhalt, dass es unmöglich erscheint, auf alle Punkte einzugehen. Redner müsse deshalb nur das eine hervorheben, für das sein Namen aufgerufen wurde. Er kann nach seiner summarischen Erinnerung bestätigen, dass auch ihm die eigentlich schweren pathologisch-anatomischen Befunde bei Paralyse nicht mehr so häufig zu Gesicht kommen als früher. Er möchte übrigens diese pathologisch-anatomische Seite der Paralyse-Frage nicht für sich betrachtet und verglichen wissen, sondern auch immer in Beziehung zur Aetiologie. Stadt- und Landbevölkerung haben im Grossen und Ganzen verschiedene Ursachen zur paralystischen Erkrankung; danach wird sich auch die Verschiedenheit in Form und Intensität des anatomischen Prozesses richten. Ferner kann Redner — allerdings abermals in summarischem Ueberschlag — dem Satz des Vorredners beitreten, dass der tabische Rückenmarksbefund keineswegs der praevalirende ist, vielmehr die combinirte Rückenmarkserkrankung.

Für sehr wichtig hält Redner mit dem Vortragenden die genauere Erforschung der klinischen und anatomischen Frage der sogen. Pseudoparalyse, und zwar ausser nach der diagnostischen und prognostischen Seite, namentlich nach ihrer Bedeutung für die Therapie und spec. für die Pathogenese. Wie wenig genaues wir darin wissen, trotz der jahrelangen intensiven makro- u. mikroskopischen Arbeit, erhellt schon daraus, dass bekanntlich alle histologischen Bestandtheile des Gehirns der Reihe nach für die letzte Ursache des Paralyse-Prozesses verantwortlich gemacht und immer wieder verlassen wurden. Gerade aber durch die genauere Kenntniss der Pseudo-Paralyse, in welcher die Natur gleichsam das Gegenexperiment einer heilbaren Paralyse uns vorlegt, würden wir nach dieser interessantesten Seite unserer Erkenntniss tiefer zu dringen lernen. Spec. die alkoholistische Gruppe der Pseudo-Paralyse habe der Vortragende nach des Redners Ansicht klinisch differentiell richtig und scharf gezeichnet. Redner empfiehlt den Aufruf des Vorredners zu einem gemeinsamen Vorgehen in dieser Frage genauester Einzelforschung angelegentlich. Zum Schluss erwähnt er die von ihm früher schon veröffentlichte Beobachtung, wo eine klinisch-symptomatologisch in jeder Hinsicht gesicherte Paralyse nach Auftreten von einer Otitis media mit reichlichem Eiterausbruch zurücktrat und jetzt seit 20 Jahren nicht wiedergekehrt ist. Der betr. Offizier hat sich verheirathet und ist bisher gesund geblieben.

Herr Gaupp: Das Krankheitsbild, das Herr F. heute als echte Pseudo-paralyse beschrieben hat, hat die Heidelberger Schule bei ihren jährlichen Nachforschungen nach dem Schicksale ihrer früheren Kranken ebenfalls kennen gelernt. Er weist genau die Züge auf, welche Herr F. geschildert hat: anscheinend typische Symptome körperlicher und psychischer Art, aber keine Progression. Die Schafferschen Untersuchungen, die Herr F. kurz erwähnte, werden in einer Kritik, die Nissl im Centralblatt für Nervenheilkunde über das Buch veröffentlichen wird, als nicht beweisend dargethan werden. Ich möchte an den Herrn Vortragenden die Frage richten, ob er jetzt auch der Ansicht ist, dass der paralytischen Pupillenstarre spinale Veränderungen zu Grunde liegen, und dass die Opticus-Atrophie nur bei den tabischen Paralysen, nicht bei den Formen mit reinen Seitenstrangs- oder gemischten Strangerkrankungen vorkommt. Als ich 1898 diesen Standpunkt vertrat, fand ich bei den Fachgenossen wenig Beifall. Seither haben sich die Stimmen gemehrt, die meine Auffassung von der spinalen Localisation der Pupillenstarre und der tabischen Natur der Opticus-Atrophie theilen.

Herr Jolly erörtert zunächst die Frage, ob eine Aenderung des Bildes der Paralyse im Sinne Mendels anzunehmen ist. Er ist der Meinung, dass die Aenderung nur darin beruhe, dass die Fälle der dementen Form zugenommen hätten, dass dies aber z. T. auf der Erweiterung der Diagnose beruhe. Robertson'sche und Westphal'sche Phänomen seien erst in der 2. Hälfte der 70er Jahre bekannt und seitdem allmählig für die Diagnose der Paralyse verwerthet worden. Mit der Zunahme dieser Diagnose sei auch das Bild der Paralyse verschwommener geworden, und dadurch einerseits eine relative Veränderung der anatomischen Befunde, andererseits das Bedürfniss, Pseudoparalysen zu unterscheiden, zu Stande gekommen. Bezüglich der pathalogischen Befunde bestätigt J. das seltene Vorkommen des Haemotoms der Dura, dies sei aber auch früher selten gewesen. Es sei möglich, dass gelegentliche Häufung in früherer Zeit traumatisch zu erklären sei als Resultat der Zellenbehandlung. Eine absolute Abnahme des Vorkommens der Ventrikelerweiterung und der Ependymitis kann J. nicht constatiren, bezüglich der Pseudoparalyse bestätigt er das Vorkommen von Fällen, wie sie der Referent zuletzt angeführt hat, er möchte aber auch die syphilitische Pseudo-Paralyse nicht ganz beseitigen, da vereinzelte Fälle vorkämen, in welchen bei ganz typischer Form der Paralyse durch Quecksilberbehandlung Heilung oder dauernde Besserung erzielt wurde.

Herr Hitzig hält es nach seinen Erfahrungen für zweifelhaft, ob der Verlauf und der Symptomenkomplex der Paralyse gegen früher sich wesentlich geändert hat, will jedoch sein Material — gleich Jolly — nach dieser Richtung hin prüfen lassen.

Herr Jolly antwortet auf eine Frage des Herrn Schüle, dass er durchaus keine besonderen Modifikationen der Quecksilberbehandlung vorgenommen, sondern die gewöhnliche Schmierkur angewendet habe. Die günstigen Fälle seien selbstverständlich selten, aber sie prägten sich eben deshalb um so mehr dem Gedächtniss ein.

Herr Fürstner (Schlusswort): Es lässt sich gewiss nicht leugnen, dass zunächst der subjective Eindruck bei dieser Frage eine grössere Rolle spielt, als das objective Beweismaterial. Wir werden aber zunächst auf Grund der ersteren gewisse Resultate abstrahieren und dann dieselben mit letzteren vergleichen.

Was die Lues-Fälle angeht, so meine ich, dass die Fälle, wo die specifische Behandlung Heilung er-

zielte, nicht Paralysen waren, sondern Fälle von circumscripten Veränderungen, die das Bild der Paralyse vortäuschten. Bei letzteren selbst habe ich auch, wo Lues feststand, keinen Erfolg mit Schmierkuren gehabt. Die Haematome durchaus als traumatisch aufzufassen, erscheint mir nicht gerechtfertigt. Die gleichzeitige hochgradige Atrophie scheint dafür zu sprechen, dass auch der Krankheitsprozess eine Rolle spielt.

Bezüglich der Optikus-Atrophie glaube ich, dass sie nur bei reinen Tabesfällen, nicht bei kombinirten, vorkommt. Die Pubillenstarre wird in manchen Fällen abhängen von spinalen Veränderungen, in anderen aber von cerebralen. Nur die Sprachstörung würde in ersteren noch cerebral sein.

Referate.

— P. I. Möbius. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. 3. Aufl.*) Halle a. S. Carl Marhold. Preis 1,50 Mk.

Das für eine wissenschaftliche Brochüre seltene Glück, in kurzer Zeit mehrere Auflagen zu erleben, dürfte in diesem Fall nicht zum wenigsten in dem eigenartigen, ins Auge fallenden Titel zu suchen sein, sodann darin, dass der behandelte Gegenstand schon lange weitere Kreise bewegte, die fraglos geistreiche Art der Behandlung des Thema aber durch viele Behauptungen und Hypothesen zahlreiche Conterversen verursachte. Hinzugefügt wurden hier ein 31 Seiten langes Vorwort und der Abdruck verschiedener Kritiken. Das Vorwort führt in des Verfassers bekannter anregenden Weise dessen besonderen Standpunkt noch weiter aus und bildet so gewissermassen eine weitere Ergänzung der Schrift selbst; wir ersehen auch aus ihm, dass M.'s Philippika gegen die Frauenbewegung sich vorzugsweise gegen die unnatürlichen, unweiblichen Emanzipationsbestrebungen richtete. Den Individualismus des Weibes nennt M. pathologisch, auf Nervosität beruhend; man könnte ihn auch als Theil der Degeneration bezeichnen (Ref.). Merkwürdig erscheint, dass die Aufhebung der Frauenklöster als ein Verlust für die Frau bezeichnet wird; ebenso eigenartig berührt der Satz: „Die Lüge ist durchaus berechtigt, so lange es sich um Nothwehr handelt u. s. w." andererseits tadelt er aber die Lüge beim Weibe. Auch sonst findet sich noch Manches, was als Widerspruch auffällt. — Die eigentliche Schrift wird unverändert wiedergegeben und giebt keinen Anlass, an der früheren Besprechung in dieser Zeitschrift etwas zu ändern. Kellner-Hubertusburg.

— Edel. Ueber bemerkenswerthe Selbstbeschädigungsversuche. Berl. Klin. W.-Schrift. 1902, IV. Verf. berichtet unter Anderem über einen Vergiftungsversuch mit 5 Milligramm Atrop. sulfur. An denselben schloss sich ein hochgradiger Angstzustand mit ausserordentlicher Erregung, in welcher die Kranke um sich schlug und biss. Unter den Sinnestäuschungen traten Gefühlsstörungen besonders in den Vordergrund: sie glaubte sich gestochen und mit Messern bedroht. Beruhigung und relative Lucidität trat schon nach der 1. Nacht und nach Injection von 0,01 Morphium ein, indess bestand noch in der 2. Nacht ein ausserordentlich lästiges Hautjucken und das Gefühl, von Ungeziefer gestochen zu sein. Mattigkeit und Klagen allgemeiner Natur, besonders seitens des Digestionsapparates, waren noch längere Tage vorhanden. E. lobt die Anwendung von Morphium, das in diesem Fall 2mal zu je 0,01 gr. injicirt wurde. Kellner (Hubertusburg).

— Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. XXVII. (Fasc. I und II). Organ der italienischen Gesellschaft für Psychiatrie (Società Freniatrica Italiana), unter Direction der Professoren Tamburini, Golgi, Morselli, Tamassia, Tanzi, redigirt von Dr. G. C. Ferrari.

Reggio Emilia. 1901. Verlag Stefano Calderini & Sohn. Gross 8⁰ 660 S., 14 Tafeln. (Fortsetzung.)

Unter den Mittheilungen ist eine solche von A. Tamburini (194—202) über Psychosen mit emotivem Ursprung wegen ihren wirthschaftlichen Folgerungen von grossem Interesse. Die Basis zu den Ausführungen bietet ein Fall von Abneigung gegen die Entlassung nach Hause, einem Symptom, das schon 1881 von Salerni Pace „Oicophobie" genannt wurde. Aehnliche Fälle wurden auch von Verga (1882—83) und Ferrari (1897) beschrieben und kritisch beleuchtet. Bei Tamburinis Fall handelt es sich um eine ledige Bäuerin von 47 Jahren in Reconvalescenz einer Manie, die bei der zufälligen Bemerkung des Arztes, sie könne bald heimgehen, in eine intensive Angst verfällt, zwei Monate mit der Sonde ernährt werden musste und Symptome von Stupor zeigte. Nach und nach kommt sie wieder zu sich, zeigt aber Tics und stereotypes Lächeln; Tamburini glaubt, dass es sich um einen Fall von Venturis „Pazzia dell' uomo sociale" handelt, wie sie hervorgehen aus der Unfähigkeit für den Kampf ums Dasein. Es sei eines jener immer zahlreicher werdenden Geschöpfe, die instinctiv den Schutz der Irrenanstalt suchen, wo sie ein regelmässiges Leben ohne Initiative und Verantwortung führen können. Schon die trübe Aussicht diesen Schutz nicht mehr zu haben, bringt sie aus dem Gleichgewicht. „Das moderne Irrenhaus" ist also das Mittel um so viele dieser Unglücklichen vor grösseren Uebeln zu schützen, worunter der Selbstmord und schwere Reactionshandlungen gegen andere zu nennen sind, wozu sich auch die Schwachen manchmal gedrängt fühlen." Aber das moderne Irrenhaus hat die Aufgabe diese Kräfte durch Arbeit für sich und die Gesellschaft nutzbar zu machen. Tamburini hält das amerikanische System für das Beste, nach welchem jedes Irrenhaus, eben durch die Arbeit dieser social unbeholfenen Elemente, sich selbst erhalten sollte. Er glaubt auch, dass die Zunahme der Irren in den letzten Jahrzehnten auf dem vermehrten Zufluss solcher Elemente zum Irrenhaus beruhe. Man sollte daher die Irrenhäuser durch Dotation mit Werkstätten und agricolen Colonien als Arbeitsfelder ausstatten, wo diese Arbeitskräfte Verwendung finden könnten. Ref. hält dies für eine glückliche Idee die auch auf Verhältnisse anderer Länder Anwendung finden sollten.

*) soeben in 4. Aufl. erschienen.

Von den Originalarbeiten zeichnen sich durch die originellen Methoden, die dabei zur Anwendung kamen, die interessanten Resultate und die allgemein pathologische Bedeutung, die experimentell-pathologischen Untersuchungen von Dr. Carlo Ceni in Reggio-Emilia über Reproductionskraft und Vererbung bei der experimentellen Pellagra aus. Referent betont ihre Bedeutung besonders für ähnliche Untersuchungen mit exogenen Giften (Alcohol, Morphium).

Ceni experimentirt am Huhn, weil es sich zu derartigen Untersuchungen besonders eignet, weil seine Zeugungsproducte zu jeder Zeit in den verschiedensten Stadien der Entwicklung untersucht werden können. Auch kann die Zahl der Beobachtungen beliebig gesteigert werden. Besonders wichtig ist, dass man zahlreiche Beobachtungen in den ersten Entwicklungsstadien machen kann.

Die Einführung des pellagrösen Virus geschah auf dem natürlichen Wege der Ernährung mit verdorbenem Mais in Form von Körnern, Mehl und auch schimmeligen Maisbrei. In drei verschiedenen Hühnerställen wurden je ein Hahn und sieben Hennen, junge Thiere von der Landrasse, einer verschiedenen Ernährung unterworfen: Im Stall *A* lediglich mit verdorbenem Mais, im Stall *B* mit gemischter Nahrung von verdorbenem Mais und normalen Nahrungsmitteln, im Stall *C* mit gutem Mais und anderer normaler Nahrung zum Controllversuch.

Schon eine achtmonatliche Beobachtung (Juli 1899 bis Februar 1900) dieser verschiedenen Ernährungsbedingungen unterworfenen Hühner zeigte, dass zwischen den Experimentthieren und Controllthieren deutliche Unterschiede auftraten. Die „Pellagrahühner“ (Stall *A* u. *B*) wurden nach und nach kachektisch, liessen Gewichtsabnahme (bis 600 gr.), rauhe runzelige Hautveränderungen mit stellenweisen erythematösen Flecken, Federausfall, Abnahme des Metallglanzes (Hähne) der Federn, ziegelfarbene Verfärbung und Anaemie der Kämme nachweisen. Bei verschiedenen Exemplaren der Experimentierhühner traten auch Diarrhoeen und Appetitlosigkeit während einiger Tage ein, dagegen nie wesentliche Aenderungen im psychischen Verhalten.

Die Zeugungsfähigkeit betreffend war schon von vornherein auffallend, dass die „Pellagra-Hühner“ erst im April begannen Eier zu legen (im März nur ein Ei), während die Controllhühner damit schon im Dezember begonnen hatten. Die Proliferationsperiode (Zeit des Eierlegens) dauerte bei den ersten bis September, bei den andern bis October. Auch die Durchschnittszahl der gelegten Eier für jede Henne war für die beiden Abtheilungen verschieden (Controllhenne 98, Pellagrahenne 19).

Die rein klinische Beobachtung ergab also, dass die Fütterung mit verdorbenem Mais, die Sexualperiode der Hühner verkürzte und die Sexualprodukte verminderte. Bevor wir zu den Resultaten der embryologischen Untersuchungen übergehen, möge noch der Verlauf und Ausgang der Erkrankung näher betrachtet werden, die dem Ref. von kritischem Werte zu sein scheint.

Die im Februar 1900 deutlich gewordene krankhafte Veränderung der Hühner *A* u. *B* steigerte sich noch successive bis im Mai. Besonders ausgesprochen war sie bei hellfarbigen Hühnern, bei welchen in zwei Fällen ein der menschlichen Pellagra sehr ähnliches desquamatives Erythem an freien Stellen sichtbar war. Vom Mai an klangen die Erscheinungen nach und nach ab und zwar trotz fortgesetzter Ernährung mit verdorbenem Mais. Vom Monat October weg nahmen die Hühner an Gewicht zu und schon im Dezember hatten sie trotz der schlechten Maisnahrung das Aussehen gesunder Hühner gewonnen und die Hähne zeigten sogar Metallglanz. Nur eine der hellfarbigen Hennen mit Erythem erlag Ende August der Krankheit und bot bei der Autopsie folgenden Befund: „Ausgesprochene Muskelatrophie besonders der Pectorales, leichte Hyperaemie der Pia und der Hirnsubstanz, leichte Fettdegeneration des Myocards. Subacuter, diffuser Dünndarmcatarrh mit allgemeiner Hyperaemie des Intestinaltractus. Niere und Lungen gesund. Bakteriologischer Befund negativ.

Ceni betont noch speziell, dass die beobachteten Phänomene mit denjenigen, die Lombroso an Hühnern fand, die einem ähnlichen Regime unterworfen waren, übereinstimmen. Nur sah er nie weder Convulsionen noch Contracturen und andere motorische Symptome.

Die sowohl von Controll- als von „Pelagrahühnern“ gelegten Eier wurden nur zum Theil durch Gluckhennen ausgebrütet, zum Theil eine bestimmte Zeit lang im Brutofen gehalten, um verschiedene Stadien der Entwicklung zu studiren. Die Resultate waren folgende:

Von den Controlleiern zeigten 88,12 %, von den Eiern der „Pellagrahühner“ blos 29,92 % eine normale Entwicklung. Die vorgefundenen Abnormitäten bestanden in granulösen und cystösen Degenerationen der Keime, Abwesenheit jeglicher Entwicklung oder Verlangsamung derselben (um 12—20 Stunden verspätet), auch Absterben in früheren Entwicklungsstadien (50—70 Stunden), teratogene Bildungen wie retroflexio capitis, Fehlen beider Hemisphärenbläschen, Atrophia capitis, Monophthalmus, Blutergüsse in den Hirnblasen, Amnionhydrops.

Von den siebzehn von der Gluckhenne bebrüteten „Pellagraeiern“ blieben neun steril, die ausgeschlüpften acht Hühnchen waren wenig lebhaft, zwei davon starben in den ersten drei Tagen, die übrigen zeigten verlangsamte Entwicklung bis zum sechsten Monat. Sechs Controlleier ergaben dagegen fünf normale Hühner.

Höchst interessant ist eine gewisse Progredienz der Degeneration, indem von den April- und Mai-Eiern 56,32 % (auch bei den „Pellagraprodukten“) normale Entwicklung zeigten, während August- und September-Eier gar keine normalen Embryonen ergaben. Ceni meint, es handle sich mehr um eine Folge der physiologischen Abnahme der geschlechtlichen Productionskraft, deren grössere Schwäche sich durch eine vermehrte Empfänglichkeit gegenüber pathologischen Momenten documentirt, als um Zunahme der pathologischen Anlagen, welche durch die zu dieser Zeit schon eintretende Erholung wieder ausgeglichen würde.

Ceni zieht aus seinen Experimenten den Schluss, dass die Ernährung von Oviparen mit verdorbenem Mais sowohl auf die Reproductionsorgane als auf ihre Produkte Einfluss haben kann, der sich documentirt als:

I. Erschöpfung der Keimfähigkeit (Sterilität, verlangsamte und partielle Entwicklung und Absterben.)

II. Entwicklungshemmungen.

III. Hereditäres Siechthum, besonders der Gefässe. (Haemorrhagien).

„Ueber den Character der teratologisch hereditären Thatsachen bei der experimentellen Pellagra" betitelt sich der zweite Theil seiner Arbeit (pag. 110), worin das rein embryologische abgehandelt wird. Ceni beschränkt sich dabei auf die drei hauptsächlichsten Anomalien, die er bei Pellagraembryonen entdeckt hat:

I. Monophthalmie, die er als im wahren Sinne des Wortes hereditär bedingt ansieht, und nicht etwa als Abweichungen von der normalen Entwicklung bedingt durch accidentelle Momente.

II. Die punktförmigen Haemorrhagien sollen Folgen einer Gefässerkrankung sein und oft den frühzeitigen Tod des Embryos herbeiführen, indem sie accidentelle Zerstörungen und deren Folgen nach sich führen. Es handle sich um einen allgemeinen krankhaften Zustand des primitiven Gefässsystems auf hereditärer Basis.

III. Die Anencephalie mit compensirender Makrophthalmie soll nach Ceni eine Folge der mangelhaften Entwicklung der Amnionfalte auf hereditärer Basis sein. Durch die Verkümmerung dieses Adnexes wird das vordere Ende und damit das Gehirn am Wachsthum nach vorn verhindert und die seitlich stehenden Augenblasen treten stärker hervor und wachsen.

Ref. bemerkt noch, dass die genialen Ideen in dieser Arbeit nicht an innerm Werth verlieren, wenn auch der Beweis, dass die hier vorliegenden Krankheitszustände wirklich Pellagra sind, nicht als erbracht betrachtet werden kann. Es musste ausgeschlossen sein, dass eine Enteritis aus andern Ursachen nicht zu ähnlichen Beobachtungen Anlass geben könnte. Zum mindesten wäre es wünschenswerth gewesen, wenn Controllhühner mit Enteritis ohne verdorbene Nahrung oder wenigstens ohne verdorbenem Mais zum Vergleich herangezogen worden wären.

Dr. med. D. Bezzola.

Rivista sperimentale di Freniatria Vol. XXVII Fasc. I.

Verzeichniss der Originalarbeiten.

Schupfer-Ferruccio: Ueber Kopftetanus.

Gonzales-Piero: Ein Fall von diffuser Ichthyosis bei einem Imbecillen.

Ugolotti-Ferdinando: Beitrag zum Studium der Pyramidenbahnen beim Menschen.

Mingazzini-Giovanni: Ueber die Symptomatologie der Verletzungen des Linsenkerns.

Ceni-Carlo: Untersuchungen über die Zeugungskraft und die Erblichkeit bei der experimentellen Pellagra.

Ceni-Carlo: Ueber den Character der teratologischen Thatsachen bei der experimentellen Pellagra.

Donaggio-Arturo: Ueber die Anwesenheit dünner Fibrillen zwischen den Maschen des peripheren Reticulums der Nervenzelle.

Lo Monaco-Domenico e Tomassi-Felice: Ueber die Physiologie der innern Oberfläche des Gehirns.

Sperino-Giuseppe: Das Gehirn des Anatomen Carlo Giacomini.

Cavazzani-Emilio: Ueber den negativen Einfluss einiger Lymphagogen auf die Bildung der Cerebrospinalflüssigkeit

Vaschide N. e Vurpas Cl.: Von einigen characteristischen Stellungen somatisch-pathologischer Introspection (Innenbetrachtung).

Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. XXVII Fasc. II.

Verzeichniss der Originalarbeiten.

Ferrai-Carlo: Ueber die sensorielle Compensation bei Taubstummen.

Ceni-Carlo: Ueber die Pathogenese des Othämatoms bei den Irren.

Schupfer-Ferruccio: Ueber Kopftetanus (Fortsetzung und Ende).

Rossi-Cesare: Ueber die Dauer des elementaren und unterscheidenden psychischen Processes (einfache, Unterscheidungs- und Wahlreaction) bei den Taubstummen.

De Pastrovich-Guglielmo: Hypoglossuslähmung aus wahrscheinlich alcoholischer Ursache.

Guizzetti-Pietro: Neuer Fall von tötlicher Chorea mit Septico-Pyämie durch Staphylococcus pyogenes aureus.

Bellei-Giuseppe: Ueber die intellectuelle Fähigkeit von Knaben und Mädchen, die die fünfte Elementarklasse besuchen.

Ferrari-Giulio-Cesare: Einfluss der Gemüthsbewegungen auf die Entstehung und den Verlauf der Delirien und einiger Psychosen.

Mingazzini-Giovanni: Ueber die Symptomatologie der Verletzungen des Linsenkerns (Fortsetzung).

Lo Monaco-Domenico e Tomassi Felice: Ueber die Physiologie der inneren Oberfläche des Gehirns.

Tamburini-A., Badaloni-G., Brugia-R.: Individualpsychologische Forschungen bei einem Fall von bürgerlicher Unfähigkeit (Dispositionsunfähigkeit).

Sperino-Giuseppe: Das Gehirn des Anatomen Carlo Giacomini. (Fortsetzung und Schluss).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich. **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin. **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 6. 10. Mai. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die statistische Commission des Vereins deutscher Irrenärzte.

Der Verein deutscher Irrenärzte hat in seiner diesjährigen Jahresversammlung in München am 15. April 1902 die Gründung einer „statistischen Commission" beschlossen, deren Wesen und Ziele aus nachstehendem von Prof. Hoche zur Einleitung der Discussion gehaltenen Referate erhellen.

„Meine Herren!

Mein Vortrag wird weder nach Inhalt noch nach Ausdehnung den Anforderungen entsprechen, die Sie berechtigt wären, an ein „Referat" zu stellen; was ihm zu dieser zwar ehrenvollen, aber exponirten Stelle im Programme der heutigen Versammlung verholfen hat, ist einmal die Thatsache, dass die Vorschläge, die ich hier zu machen gedenke, dem Vorstande unsres Vereines zur Begutachtung vorgelegen haben, und zweitens der Umstand, dass dieselben Gegenstand der Beschlussfassung werden sollen.

Die Vorschläge dienen, um es zunächst einmal kurz zu formuliren, dem Zwecke, systematisch und in grossem Maassstabe Beweismaterial herbeizuschaffen für alle die zahlreichen und verschiedenartigen Missstände, mit denen die irrenärztlichen Bestrebungen zum Besten der Geisteskranken allerorts zu kämpfen haben. In welcher Weise dieses Material dem gedachten Zwecke dienstbar zu machen sei, darüber werden wir später zu reden haben, wenn wir es erst einmal besitzen. —

Es wäre ein müssiges Geschäft, in dieser Versammlung ausführlich auf unsre mannigfachen irrenärztlichen Beschwerdepunkte einzugehen; einem Jeden von uns drängen sie sich täglich von Neuem auf. Ich will deshalb nur Einiges berühren, was mit meinen Vorschlägen in näherer Beziehung steht.

Einem unbefangenen Beobachter, der nicht wie wir durch die lange Gewohnheit abgestumpft wäre, müsste eines sehr auffallen: die ganz abnorme Stellung, welche die Irrenärzte in der öffentlichen Meinung einnehmen, die Stellung, für die wir bei keiner anderen Berufsart eine Parallele finden. Die Oeffentlichkeit, soweit sie durch das Publikum, einen Theil der Presse und die Mitglieder unserer Parlamente re-

präsentirt wird, trifft sich den Irrenärzten und ihrem Thun gegenüber in einer ziemlich einheitlichen Auffassung, die im Einzelnen sich auf der Linie von völliger Verständnisslosigkeit bis zum offenen Misstrauen bewegt. Der Verständnisslosigkeit begegnen wir bis in Kreise hinein, bei denen man sie billigerweise nicht sollte befürchten müssen, z. B. selbst bei eizelnen academischen Vertretern klinischer Disciplinen. Das Misstrauen, mit dem wir beehrt werden, gilt, wie uns allen bekannt, nicht allein unsrem Können und Wissen, sondern gar nicht so selten unserer Gesinnung, unsren Motiven, und es hat für den Kenner der Verhältnisse etwas Tragikomisches, wenn von diesem Standpunkte aus in gesetzgebenden Körperschaften in aller Selbstverständlichkeit und Harmlosigkeit über Maassregeln diskutirt wird, die geeignet sein sollen, wie es dann heisst „das Publikum vor den Irrenärzten zu schützen." Diese Auffassung gilt als so natürlich, dass bei solchen parlamentarischen Verhandlungen vielleicht wohl vom Regierungstisch, nicht aber aus der Versammlung heraus auf irgend ein Wort der ruhigen Vernunft oder der Abwehr zu rechnen ist. Ihr natürliches Echo finden diese Dinge dann in der Presse, von der ein Theil mit grosser Bereitwilligkeit jeder den Psychiatern unfreundlich gesinnten Darstellung ihre Spalten zu öffnen pflegt. Es wäre falsch, darin eine böse Absicht zu vermuthen; die Presse theilt eben die Vorurtheile der gebildeten Laien und glaubt, bei solchen Veröffentlichungen eine Pflicht gegen das Publikum zu erfüllen. — Wir Irrenärzte könnten alles Dieses wohl ertragen, und die Geschichte der Irrenheilkunde ist ein lebendiger Beweis dafür, dass Verkennung und Uebelwollen die Vertreter unserer Wissenschaft niemals müde oder in ihren Bestrebungen unsicher gemacht hat; das Schlimme ist aber, dass die allgemeine Auffassung an allen Ecken und Enden ein dauernder Hemmschuh ist bei Verwirklichung der nothwendigen täglichen Maassregeln zum Besten der Geisteskranken, ebenso wie aller weitergehenden Forderungen für Zukünftiges.

Diejenigen, die leichten Herzens in der Presse und von der Tribüne des Reichstages herunter in systematischer Weise die Saat des Misstrauens gegen die Irrenanstalten und die in ihnen arbeitenden Aerzte ausstreuen und pflegen, haben gar keine Ahnung davon, welche Verantwortung sie damit auf sich laden. Das gedruckte Wort, namentlich wenn es oft genug wiederholt wird, übt seine Wirkung; alte verbreiteten Vorurtheile, das Bedürfniss nach Sensation bereiten den Boden, auf dem jene Saat reichlich aufgeht, und so kommt es, dass bis weit in die sogenannten gebildeten Kreise hinein Vorstellungen über Geisteskrankheiten und Irrenärzte von einer gradezu finsteren Rückständigkeit die Herrschaft ausüben, und die Entschliessungen gegebenenfalls maassgebend bestimmen.

Den Schaden tragen in erster Linie die Kranken.

Die Kosten der systematischen Aufhetzung zahlen die Fälle, die wegen der Scheu der Familie vor dem Worte Anstalt zu spät oder gar nicht zur Aufnahme gelangen, oder ungeheilt wieder herausgenommen werden; es zahlen sie Staat und locale Verbände, Krankenkassen u. s. w. in der vermehrten financiellen Belastung durch unheilbar Gewordene; es kommt auf dieses Conto ein grosser Theil der Fälle der Selbstmorde mit oder ohne Tötung von Angehörigen, der Fälle von schwerer Körperverletzung durch Geisteskranke oder schwere sociale und financielle Schädigungen der Familie, kurz alle die den Irrenärzten nur zu bekannten Ereignisse, die jeder von uns in kurzen Zwischenräumen immer wieder erlebt, und die, wenn sie systematisch gesammelt würden, in ihrer Gesammtheit ein Bild geben würden, das dem Gefolge der bekannten Agitatoren mit ihren paar unbewiesenen alljährlich wiederkehrenden Fällen von angeblicher widerrechtlicher Freiheitsberaubung, Entmündigung u. s. w. doch vielleicht zu denken geben würde. —

Die durchschnittlich grundfalsche Auffassung vom Wesen der Geistesstörungen, wie sie auch bei den gebildetsten Laien vorherrscht, übt noch an einer anderen Stelle ihre verderbliche Wirkung aus, ich meine in der Rechtspflege. Ich selbst bin, wie ich bei wiederholten Gelegenheiten bekundet habe, weit davon entfernt, alle bei der Berührung von Rechtspflege mit Irrenheilkunde sich ergebenden Misshelligkeiten den Juristen allein zur Last zu legen; ich bin der Meinung, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein guter Sachverständiger vor Gericht genügenden Einfluss hat und den Richter zu seiner Auffassung eines bestimmten Falles bekehrt. Dazu ist aber vor Allem nothwendig, dass überhaupt ein Sachverständiger zugezogen und um seine Meinung befragt wird. Noch jetzt zeigt die Statistik alljährlich eine erschreckende Zahl von Verurtheilungen von Geisteskranken und Schwachsinnigen, die zum grösseren Theile von keinem Arzte untersucht worden sind deswegen, weil dem Richter entweder an dem Betreffenden nichts Abnormes auffiel oder weil er sich selber genügend competent erschien zur Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit. Eine bessere psychologische Schulung der Juristen ist deswegen eine Forderung, in der sich alte Wünsche der Irrenärzte mit stellenweise sehr lebhaft geäusserten

neuen Wünschen einzelner einsichtiger Strafrechtslehrer (z. B. H. Gross) begegnen. Bei dem passiven Widerstande, den bis jetzt die Mehrzahl der Juristen, auch der juristischen Fakultäten noch leistet, da sie selber bei ihrer Ausbildung diesen Mangel nicht empfinden, wäre es nothwendig, eine intensive Sammlung alles in diese Kategorie gehörigen Materials vorzunehmen, wie dies vor Kurzem auch Frank in seinem Karlsruher (1901) Vortrag als Forderung aufgestellt hat. Mit einbeziehen müsste man, soweit als möglich, dabei die militärischen Verhältnisse mit ihren zahlreichen Bestrafungen und Selbstmorden Schwachsinniger, und natürlich auch alle diejenigen Fälle, in denen sachlich wohl begründete ärztliche Gutachten, z. B. vor dem Schwurgerichte, ignoriert worden sind. — Die Sammlung würde zugleich Gelegenheit geben, einer vom Vereine deutscher Irrenärzte wiederholt aufgestellten aber bisher nie erfüllten Forderung gerecht zu werden, nämlich Fälle zusammenzustellen, die als Beweismaterial dienen können für die Nothwendigkeit der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. — Zu sammeln und eingehend zu prüfen wären endlich diejenigen Vorkommnisse, die in kurzen Zwischenräumen den Zeitungsleser erschrecken, ich meine die Fälle von Internirung oder Entmündigung angeblich Geistesgesunder und ähnliche derartige Ereignisse. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie oft dem Einzelnen bei der Lektüre der Tagespresse Notizen aufstossen, die die bisher berührten Punkte betreffen, so kann man sich eine Vorstellung davon machen, was bei einer möglichst vollständigen Zusammenstellung von allem Hierhergehörigen im Laufe eines Jahres zusammenkommen würde. — Auf welche Weise wäre nun das gedachte Material zu beschaffen? Es kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht und wir werden natürlich jeden Weg zu gehen haben, der zu dem gewünschten Ziele führen kann. Wenig Nutzen dürfen wir von vornherein von den Ergebnissen der amtlichen Statistik erwarten; sie werden erst spät zugänglich und sind nicht von den Gesichtspunkten aus gewonnen, die für uns maassgebend sein werden; Einzelnes aus der Criminalstatistik wird für uns brauchbar sein; Einiges werden wir aus den Anstaltsberichten entnehmen können; ein vollständiges Bild werden diese indessen niemals geben können; keineswegs alle deutschen psychiatrischen Institute geben Berichte aus, und uns kommt es ja ausserdem in erster Linie auf Dinge an, die sich ausserhalb der Anstaltsmauern abspielen.

Man könnte weiterhin daran denken, die freiwillige Mitwirkung aller deutschen Irrenärzte in der Weise in Anspruch zu nehmen, dass Jeder in seinem geographischen Bezirk auf alle in Frage stehenden Ereignisse ein Augenmerk hat und darüber an eine Centralstelle berichtet; ich würde es für nützlich halten, wenn ein Versuch in dieser Richtung nicht unterlassen wird. Ausschliesslich darauf lässt sich aber die geplante Sammlung nicht stützen. Man weiss, wie es mit dergleichen Nebenanforderungen leicht geht; eine Weile würden prompt Berichte eingehen, dann würde es hier und dort langsam einschlafen, und die Vollständigkeit wäre so nie gewährleistet. Eine letzte Möglichkeit endlich, und das ist meines Erachtens diejenige, die am meisten Aussicht auf Erfolg bietet, ist die systematische und ausgedehnte Benutzung der Tagespresse. Kraepelin hat im Jahre 1898 im kleinen Maasstabe für seinen Aufnahmebezirk den Versuch gemacht, aus den Tageszeitungen alle Vorkommnisse bestimmter Richtung (Körperverletzungen im Rausch, Selbstmorde u. dgl.) zu sammeln; ein Vergleich mit controllierbarem amtlichem Material hat damals ergeben, dass ihm etwa nur $^{1}/_{4}$ der Fälle entgangen war. Dieses Ergebniss ist in Anbetracht der unvermeidlichen Unvollkommenheit der Methode sehr beachtenswerth. Es schadet ja auch nichts, wenn man bei solchen quantitativen Zusammenstellungen, die etwas Bestimmtes beweisen sollen, die Sicherheit hat, dass die wirkliche Zahl der betreffenden Vorkommnisse immer noch grösser ist, als die auf dem Papiere stehende.

Bei der heutigen Art der Publicistik kann man mit ziemlicher Sicherheit darauf rechnen, dass kein Fall von Selbstmord, namentlich wenn er mit Tötung von Angehörigen verbunden ist, kein Attentat Geisteskranker, keine angeblich widerrechtliche Freiheitsberaubung oder Entmündigung, keine strafrechtliche Gerichtsverhandlung, bei der psychiatrische Sachverständige mitwirkten, namentlich wenn gegen ihr Gutachten entschieden wurde, dem Schicksal entgeht, in der Presse besprochen zu werden. Das Publikum bezieht aus diesem Material zum guten Theile seine Anschauungen und Vorurtheile; so möge uns dasselbe Material, im richtigen Sinne verwendet, dazu dienen, dieser Vorurtheile allmählich Herr zu werden.

Ich denke mir also eine Sammlung aller im geographischen Bezirk von Deutschland in den Tageszeitungen erscheinenden thatsächlichen Angaben über die uns interessirenden oben erwähnten Fragen. Es ist das heute nicht mehr schwer zu erreichen; es existiren geschäftliche Unternehmungen, deren Thätigkeit darin besteht, gegen Bezahlung alles über ein beliebiges Thema Erscheinende zu sammeln und in Originalausschnitten an den Besteller einzusenden. Ich bin mit verschiedenen der-

artigen Unternehmungen in Verbindung getreten (auf die Kostenfrage komme ich noch zurück), habe mir auch eine Zeit lang unter Angabe eines Themas Probesendungen machen lassen, und ich muss sagen, ich bin erstaunt gewesen, wieviel an positivem Material in ganz kurzer Zeit zusammengekommen ist. Ich habe dabei gesehen, dass es die Arbeitskraft eines Einzelnen übersteigen würde, allein diese zunächst ungesichtete Masse, wie sie etwa der Lauf eines Jahres bringen würde, zu bewältigen. Es würde sich deswegen empfehlen, demjenigen, dem Sie etwa die geplante Unternehmung übertragen werden, das Recht zur Cooptation weiterer Mitglieder nach Maassgabe des Bedürfnisses zu geben. Die von Ihnen zu erwählende Persönlichkeit wäre der eigentliche Träger des technischen Theiles der Arbeit der Commission. Ausserdem würde zweckmässiger Weise, im Interesse der financiellen und sonstigen Verantwortlichkeit, ein Vorstandsmitglied der statistischen Commission angehören. —

Die Bearbeitung des eingehenden Materials würde darin zu bestehen haben, dass in jedem Falle versucht wird, mit Hilfe der den betreffenden Ereignissen local am nächsten wohnenden Irrenärzte über die Thatsachen Authentisches zu erfahren, was in der Mehrzahl der Fälle möglich sein dürfte; die Bearbeitung würde weiter darin zu bestehen haben, dass über gewisse Zeitabschnitte, etwa von einem halben oder ganzen Jahre, in Berichtform Rechenschaft abgelegt würde, wozu z. B. diese Frühjahrsversammlung jedesmal die geeignete Gelegenheit wäre.

Gegenstand späterer Beschlussfassung, wenn der ganze Versuch sich als practisch durchführbar und zweckmässig erwiesen haben wird, muss es sein, in welcher Weise die Ergebnissse für die Oeffentlichkeit nutzbar gemacht werden sollen; in Betracht kämen dabei, um auch hierin mit vorläufigen Vorschlägen zu kommen, die Bearbeitung in Brochürenform, geeignet zur Uebermittlung an Regierungen und Parlamente und die Interessirung wiederum der Tagespresse. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass die ehrliche und intelligente Presse die beste Bundesgenossin der irrenärztlichen Bestrebungen werden wird, sobald die Dringlichkeit des vorliegenden Nothstandes überzeugend nachgewiesen sein wird; von der Tagespresse aus wird allmählich die Aufklärung des Publikums ausgehen. — Was die jährlichen Kosten anbetrifft, so glaube ich zusagen zu können, dass ein von der Versammlung bewilligter Credit in der Höhe bis zu 300 M. die Ausführung des Planes in dem eben kurz umrissenen Umfange ermöglichen wird; ich würde dies für eine voraussichtlich nutzbringende Kapitalsanlage halten. —

Ich bin weder im Allgemeinen so optimistisch veranlagt, noch in dieses specielle Project so blind verliebt, dass ich nicht eine ganze Reihe von Einwänden sähe, die sich dagegen erheben liessen, auf die ich aber, um der Discussion nicht vorzugreifen, jetzt noch nicht eingehen will. Nur eines möchte ich vorweg betonen; man sagt wohl hier und da, es sei würdiger und vornehmer, zu schweigen. Nun, wir haben lange genug vornehm geschwiegen und wir sehen, was dabei herausgekommen ist; der Versuch, mit energischem Zugreifen weiter zu kommen, ist somit wohl der Mühe werth.

Erwähnen will ich nur, dass natürlich auch für benachbarte Themata, für die in der Versammlung Interesse vorhanden wäre, bei dieser Gelegenheit Material gesammelt werden könnte, und ich würde mich über dahingehende erweiternde Vorschläge nur freuen; nur möchte ich bitten, das noch nicht einmal vom Stapel gelaufene Fahrzeug nicht gleich von vornherein bis zum Untersinken zu belasten.

Wenn Sie mich nun fragen, warum ich grade jetzt mit diesem Projecte komme, so könnte ich im Allgemeinen antworten, dass es damit immer zu spät, niemals aber zu früh sein kann. Es existirt aber auch ein direct drängendes Moment: die über kurz oder lang doch zu erwartende reichsgesetzliche Reglung aller mit dem Irrenwesen zusammenhängenden Dinge, speciell die einheitliche Gestaltung des Aufnahmeverfahrens. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Wünsche der eigentlich Sachverständigen, der Irrenärzte, bei solchen gesetzlichen Festlegungen keineswegs immer auf das nothwendige Maass von Berücksichtigung rechnen können; häufig sind wir auch zu uneinig gewesen oder überhaupt zu spät aufgestanden, um die sachlichen Nothwendigkeiten mit dem erforderlichen Nachdruck vertreten zu können. Kommt es in nächster Zeit, so lange die jetzigen Auffassungen im Publikum und bei den Parlamentarien noch bestehen, zu einem Reichsgesetz, so können wir mit ziemlicher Sicherheit darauf rechnen, dass nichts Besseres kommt, als wir es jetzt haben, dass im Gegentheil sehr bedenkliche und gefährliche Zustände für lange Zeit gesetzlich fixirt werden können. Da erscheint es mir nun nicht nur nützlich, sondern eine nothwendige That der Selbsterhaltung, dass von dieser Versammlung aus, der Vertretung der gesammten deutschen Irrenärzte, etwas Einheitliches geschieht, nicht Lamentationen innerhalb der vier Wände oder Proteste in der Fachpresse, sondern eine positive Leistung, Beschaffung eines erdrückenden

Beweismateriales über Art und Ausdehnung der Missstände, die wir zu beklagen haben. Mit dieser Sammlung erst dann zu beginnen, wenn die Vorbereitungen zu einem Irrengesetz merkbar werden, das wäre nun freilich wieder viel zu spät.

Ueberhaupt sind jetzt die Aussichten, die Gesammtheit der deutschen Irrenärzte zu grösserer Einheit zusammenzuknüpfen, besser, als jemals; die Vollendung der Einheitlichkeit des Rechtes nöthigt uns wenigstens auf gewissen Gebieten zu einer gemeinsamen Sprache und die Einführung des Staatsexamens wird allmählich die erwünschte Nebenwirkung haben, dass die jetzige babylonische Verwirrung in der psychiatrischen Nomenclatur durch weise Beschränkung jedes Einzelnen einer besseren Verständigungsmöglichkeit Platz macht. —

So bitte ich Sie, diesem von mir kurz skizzierten Projecte, dessen technische Einzelheiten erst die Erfahrung entwickeln muss, einem Projecte, in dem nichts Trennendes, sondern nur Gemeinsames enthalten ist, zum Leben zu helfen. Ich bitte sie erstens um ihre principielle Zustimmung, zweitens um die Wahl der Persönlichkeiten für die statistische Commission und drittens um Geld."

Die Versammlung erklärte nach einer Discussion, über deren Einzelheiten der officielle Sitzungsbericht Auskunft giebt*), einstimmig ihre Zustimmung, und bewilligte den beantragten Credit. Zum technischen Leiter der geplanten Sammlung wurde Prof. Hoche ernannt, mit dem Rechte weitere Mitglieder zu cooptieren; ausserdem wurde aus der Reihe der Vorstandsmitglieder Prof. Fürstner in die Commission gewählt.

— Weitere Mittheilungen an die Collegen in ganz Deutschland mit der Bitte um ihre thatkräftige Unterstützung des Unternehmens werden demnächst erfolgen.

*) s. den Bericht in voriger Nr.

Dionin.

Das Dionin, ein salzsaures Aethylmorphin, ist ein weisses, geruchloses, bitter schmeckendes, krystallinisches Pulver. Es löst sich unter neutraler Reaction leicht im Wasser (14 : 100).

Nach v. Mering verhält sich Dionin bei Kalt- und Warmblütlern im Wesentlichen wie Codein, seine Wirkung erscheint aber etwas stärker und von längerer Dauer. Das Dionin dürfte seine Stellung als therapeutisches Agens zwischen Codein und Morphin einnehmen.

Nach übereinstimmendem Urtheile aller Autoren äussert Dionin, selbst in grösseren Mengen gegeben, kaum unangenehme Nebenerscheinungen. Infolge dessen eignet es sich besser als das Heroin als Ersatzmittel des Morphins. Es hat sich das Heroin im Allgemeinen als weit toxischer erwiesen als das Morphin, es sind wiederholt üble Zustände selbst nach Gaben von 0,005 gr Heroin. mur. beobachtet worden.

Hoff constatirte beim Kätzchen, dem er 0,01 Dionin intravenös injicirte, eine Verlangsamung der Athmung mit verlängerter Ex- und Inspirationsdauer. Es konnte somit die atmosphärische Luft längere Zeit mit den Lungencapillaren in Berührung bleiben, der Effect der Lungenventilation wurde also erhöht. In einer von Winternitz an Menschen angestellten Versuchsreihe, in welcher er die Wirkung des Dionins, Codeins und Heroins mittels des Zuntz-Geppert'schen Respirationsapparates auf die Athmung feststellt, kommt genannter Autor zu folgenden Resultaten: Dionin und Codein setzen weder die Athemgrösse noch die Athemfrequenz herab, sie beeinträchtigen in keiner Weise die Erregbarkeit des Athemcentrums. Heroin dagegen zeigt eine schon bei sehr kleinen Gaben ausgeprüfte Morphinwirkung, das Athemvolumen sank bei einer Versuchsperson, deren Respiration durch 0,06 gr Dionin unbeeinflusst blieb, nach 0,007 gr Heroin. hydroch. in kurzer Zeit um mehr als 1 Ltr., dabei verminderte sich die Athemfrequenz, während die Tiefe des einzelnen Athemzuges nur unerheblich zunahm; die Erregbarkeit des Athemcentrums dagegen erfuhr eine beträchtliche Herabsetzung. In 2 Versuchsreihen von Winternitz und Damisch wurde 1—2 Std. nach Application des Dionin eine Steigerung des Athemvolumens um 1—1 $^1/_2$ Ltr. p. Min. beobachtet.

Nach diesen durch das Experiment gewonnenen Thatsachen sind dem Dionin als Heilmittel von vornherein 2 Wirkungskreise eröffnet; man wird es erstens anwenden als bestes und unschädliches analgetisches und narkotisches Ersatzmittel des Morphin überall da, wo man glaubt von der Ordination des Morphin absehen zu müssen; man wird es zweitens verabreichen bei verschiedenen Erkrankungen der Athemwerkzeuge.

Die klinischen Mittheilungen, welche das Dionin in dieser Anwendung als ein vorzügliches Mittel loben, sind sehr zahlreich.

Nach Bloch kommt dem Dionin eine exquisit schmerzlindernde Wirkung zu und überragt es in dieser das Morphin und Codein an und für sich, hauptsächlich aber aus dem Grunde, weil es infolge des Fehlens der mit den andern Morphinpräparaten verbundenen Nebenwirkungen und der geringen Giftigkeit einerseits bis zu einem gewissen Grade die Steigerung des antalgischen Effectes durch Erhöhung der Gaben gestattet, anderseits, was wohl für die Indication der Schmerzstillung von grosser Bedeutung ist, mit Rücksicht auf seine leichte Löslichkeit und die dadurch bedingte rasche Diffusion in die Blutbahn in kürzerer Zeit als die früheren derartigen Präparate seinen Heilzweck erfüllt. Nach den Mittheilungen von Zirkelbach aus der II. internen Klinik der Budapester Universität wurde die schmerzstillende Wirkung des Dionins erprobt unter anderen bei 2 Fällen von Angina pectoris; hier linderte Dionin zwar die Schmerzen, aber es konnte die Häufigkeit der Anfälle nicht beeinträchtigen. Das Dionin bewährte sich als gutes Analgeticum bei Carcinom des Magens 3 mal, bei Ulcus ventriculi 2 mal, ebenso bei Cardialgie 2 mal; in 3 Fällen von Leukaemie (ein Fall mit Tabes complicirt) linderte es die in den platten Knochen sitzenden und die durch die Milzanschwellung entstehenden Schmerzen für mehrere Stunden. In 5 Fällen von Tabes dorsalis verminderte es für 2—5 Std. die lancinirenden Schmerzen wesentlich; von 2 crises gastriques hörten Uebelkeit, Erbrechen und Magenkrämpfe nach Dionin bei einem Fall gänzlich auf, beim anderen wurden sie mässiger. Sehr gut reagirten auf Dionin die Schmerzen bei Syringomyelie (2 Fälle), Ischias (3), bei verschiedenen Neuralgien (5) und je in 1 Falle von Polyneuritis acuta rheum. und Carcinoma mammae. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Bornikoel, der die Beobachtungen aus der III. medic. Klinik in Berlin mittheilt: Es wurde Dionin bei den verschiedensten Erkrankungen mit gutem Erfolge angewendet, insbesondere bei einer grossen Zahl von schmerzhaften Affectionen des weibl. Genitalapparates (Parametritis, Carcinoma uteri u. a.) — Walter und Isenburg wendeten mit demselben guten Erfolg Dionin bei diesen Krankheiten an. — Bei Pleuritis, Ulcus und Carcinoma ventriculi liess Dionin nie im Stich. Salzmann rühmt ebenfalls die in hohem Grade analgetischen Eigenschaften dieses Mittels und wendete es unter anderem bei Cholelithiasis und Nephrolithiasis an. Heim gebrauchte Dionin als schmerzstillendes Mittel bei Cholelithiasis, Ulcus und Carcinoma ventriculi, Neuralgie, Appendicitis, Gastralgie und Pleuritis; die Wirkung sei eine eclatante gewesen. Melzer wendet Dionin als schmerzlinderndes Mittel an bei 20 Fällen und constatirt 2 mal Misserfolg, in den 18 anderen rasche Beseitigung oder Linderung der Beschwerden ähnlich wie beim Morphin. Auch er betont wie fast alle Autoren, dass Dionin in seiner analgetischen Wirkung etwas milder wirke als Morphium, dagegen die üblen und unangenehmen Nebenerscheinungen desselben nicht zeigt. Während Hönigschmied das Dionin bei pleuritischen Schmerzen mit ausgezeichnetem Erfolge anwendet, konnte er ihn bei Schmerzen im Magen, bei Kolik und Peritonitis für sich allein weniger wahrnehmen. Er verabreichte bei Magenschmerzen und Erbrechen Dionin mit Cocain, bei Kolik in Verbindung mit Laudanum, bei Gelenkrheumatismus mit Natr. salicyl., bei Ischias mit Agathin und constatirte, dass die Schmerzen früher nachliessen, als wenn die genannten Mittel ohne Dionin für sich allein gegeben wurden.

Dionin wurde verordnet, um Schlaf zu erzielen, sowohl in Fällen, wo die Insomnie durch grosse Schmerzen verursacht war, als auch in den Fällen, in welchem der Schlaf dem Kranken in Folge allgemeiner Unruhe fehlte. Die Dosis von 0,015—0,028 gr genügte meistens. Ein tiefer, betäubungsartiger Schlaf wurde auch nach grösseren Gaben nicht beobachtet. Ueber Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes klagten nur wenige Patienten; der Schlaf ist als ein erquickender zu bezeichnen.

Als Ersatzmittel des Morphium fand Dionin auch Aufnahme bei den Psychiatern und Neurologen. Nach den von Freimuth und Sturmhöfel gemachten Erfahrungen hatte Dionin bei Psychosen fast keinen Einfluss auf Erregung und Schlaf, von Krömer ist es auch bei Angstzuständen der Melancholiker ohne Erfolg versucht worden. Hoppe verspricht sich bei Erregungszuständen der Melancholiker ähnlichen Erfolg, wie ihn das Morphium hat, weil dies ja indirect durch Linderung der physischen und psychischen Schmerzen Schlaf und Beruhigung bringe. Ransohoff bestätigt diese Erwägung durch seine Versuche. Bei 3 Pat. mit vorwiegend melancholischer Verstimmung, von denen das Morphium nicht vertragen wurde, erzielte er sehr befriedigende Resultate mit Dionin, in weiteren 6 Fällen war der Erfolg gut, dem des Morphiums gleichwerthig; bei weiteren 2 Kranken wirkte Dionin nicht, wohl aber Morphin; endlich in 2 Fällen starker Erregung versagten beide Mittel. Melzer hat Dionin fast stets mit bestem Erfolge bei Erregungs- und Angstzuständen leichteren und mittleren Grades angewendet. Nach Zirkelbach ist die narkotische und sedative Eigenart des Dionins wohl geringer als

die des Morphin, aber entschieden intensiver als die des Heroins oder Codeins.

Da Dionin ebensowenig wie Codein Euphorie oder ähnliche Zustände hervorruft, wohl aber ein Abklingen der Abstinenzerscheinungen bewirkt, da es ferner vor dem Codein den Vorzug hat, dass seine Lösungen neutral sind und daher bei der Injection keine Schmerzen verursachen, so eignet es sich als vorzügliches Mittel bei Morphiumentziehungskuren und ist als solches mit bestem Erfolge von Fromme und Heinrich verwendet worden. Nach den Erfahrungen des letztgenannten Autors eignet sich kein anderes Opiumalkaloid, auch das Codein. phosphor. nicht in so hohem Maasse zur Linderung des Morphiumhungers als das Dionin. Eine Angewöhnung an das Dionin, ein Dioninhunger, ist nie beobachtet worden.

Zahlreich sind die klinischen Mittheilungen, welche die Heilwirkung des Dionins bei Erkrankung der Athemwerkzeuge bestätigen. Korte lobt es als allgem. schmerzlinderndes und schlafbringendes Mittel bei Phthisis pulm., bei chronischer Bronchitis, Lungenemphysem und Bronchialasthma. Er erklärt es für zuverlässig zur Bekämpfung des Reizhustens bei beginnender Lungenphthise; auch beeinflusse es die Nachtschweisse günstig und erleichtere in hohem Maasse die Expectoration. Dieselben günstigen Erfolge erzielte Janisch beim Gebrauch des Dionins bei chronischer Bronchitis, bei Emphysem, Asthma, bei Phthisis der Lungen und des Kehlkopfes. Schröder sagt: Bei einer Krankheit, deren Verlauf sich über Monate hinzieht, ist der Wunsch nach einem Wechsel therapeutisch wirksamer Mittel von Seiten der Aerzte und der Patienten gleichberechtigt. Je mehr gleich oder ähnlich wirkende Mittel man daher an der Hand hat, desto besser wird man den Anforderungen der Praxis entsprechen können. Bei seinen Versuchen, die er an einer grösseren Reihe von Phthisikern mit Dionin, Codein, Peronin und Morphin anstellte, kommt er zu folgenden Resultaten: Dionin beseitigte oder linderte den Reizhusten und verschaffte besseren oft anhaltenden Schlaf, die Kranken fühlten sich behaglicher und ruhiger. In manchen Fällen war die Wirkung des Dionins entschieden günstiger und ausgeprägter, als die kleinen Dosen Codein; es leistete vielfach dasselbe, was wir von den entsprechenden Dosen Morphin zu sehen gewohnt sind, ohne indessen im allg. dessen unangenehme Nebenwirkung zu theilen. Erschwerte Expectoration, Uebelkeit, Neigung zu Obstipation wurden nur ganz vereinzelt beobachtet, einmal trat vermehrte Schweisssecretion auf.

Gleichfalls bei acuten und chronischen Leiden der Athmungsorgane haben Kramolin, Higier, Melzer, Isenburg und Bornickoel mit bestem Erfolge das Dionin verabreicht; sie fanden, dass nach dem Gebrauche dieses Mittels der Husten fortbleibt, die Dyspnoe abnimmt und der Auswurf erleichtert wird. Schmidt, der Dionin in sehr zahlreichen Fällen bei chronischen und acuten Krankheiten der Lungen gegeben hat, rühmt die günstigen Eigenschaften und die gute und prompte Wirkung desselben. Von Zirkelbach ist Dionin als hustenstillendes Mittel bei 74 Kranken angewendet, bei einem Theil der Fälle hörte der Husten vollständig auf, bei anderen verringerte er sich erheblich; bei Lungen- und Rippenfellentzündungen mässigte es das lästige Seitenstechen und erleichterte den Auswurf. Bei Asthma in 5 Fällen gegeben, vermindert es sowohl die Intensität, wie auch die Zahl der Anfälle. 12 mal bei Dyspnoe, dargereicht, deren Ursachen in 7 Fällen ein Herzfehler, in 5 Fällen Emphysem war, sicherte Dionin, ausgenommen 1 Fall, den Patienten einige ruhige Stunden durch Mässigung der Athemnoth.

Auch in der Kinderpraxis, besonders bei Keuchhusten, ist Dionin mit einigem Nutzen angewendet worden. Hoff berichtet: Ich habe noch von keinem Mittel eine solch' günstige Beeinflussung des Keuchhustens, wie von der Combination Dionin mit Antipyrin, gesehen. Bei schweren Fällen von Glottiskrampf ist der Effect immer gut und sicher. Schmidt rühmt die Wirkung des Dionins bei Keuchhusten mit folgenden Worten: Ich machte die Beobachtung, dass Dionin die häufigen spasmatischen Anfälle sofort mildert und auch vermindert, und dass die Krankheit ohne Nachfolgen in viel kürzerer Zeit verläuft als ehedem. Gottschalk behandelte 32 Kinder meist tägl. 4—6 Wochen lang und zwar auf dem Höhepunkt der Krankheit mit Dionin. Bei 13 Kindern war die Wirkung ohne jeden Einfluss auf den Verlauf der Krankheit, d. h. weder die Anzahl der Anfälle noch ihre Stärke wurden günstig beeinflusst, darunter waren 5, bei denen als Complication eine Pneumonie auftrat, 2, bei denen das vorher angewandte Bromoform und Belladonna auch keine Besserung verschafft hatten. In 9 Fällen wurden Stärke und Anzahl der Anfälle deutlich gebessert. Bei 10 Kindern nahmen mindestens die Anzahl der Anfälle deutlich ab. Bei der Hälfte der Kinder gaben die Mütter an, der Husten sei viel loser geworden. Eine Beeinflussung der Dauer des Keuchhustens durch Dionin sah der Autor nicht. Das Mittel wurde gern und im allgem. selbst wochenlang ohne ungünstige Nebenerscheinungen genommen. Ohne ein Specificum zu sein, ist es jedenfalls ein angenehmes Narcoticum, und es ist seine Verwendung bei Keuchhusten unbedenklich zu empfehlen.

Resumiren wir kurz, so kann man die allgemeine Verwendung des Dionins als Ersatzmittel des Morphin nur empfehlen; es leistet als Analgeticum — weniger als Narcoticum — in der Mehrzahl der Fälle Alles, was man erwarten darf. Wo Dionin versagt, wird man nach wie vor zu dem stärker wirkenden Morphium greifen müssen. Da Dionin die Reizbarkeit der Luftwege herabzusetzen vermag, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken, und da es die Expectoration begünstigt, ist es bei allen mit Reiz einhergehenden Erkrankungen der Respirationsorgane anzuwenden. Dionin wird ordinirt in der Regel in Dosen von 0,01—0,04 gr.

Eine eigenthümliche Wirkung des Dionins und auch des Peronins auf das menschliche Auge beschrieb als Erster Wollfberg; er fand, dass Dionin dem Conjunctivalsack applicirt folgende Symptome verursacht: Bei schwacher Lösung tritt nach wenigen Augenblicken, bei starker Lösung und bei Dioninpulver sofort das Gefühl von heftigem Brennen und Prickeln auf, das etwa 2—3 Min. anhält. Hierauf stellt sich bis zu einem gewissen Grade Anaesthesie ein, der durch eine Augenkrankheit etwa bedingte Schmerz schwindet. Schon einige Secunden nach der Application tritt Injection der Conjunct. bulbi auf und stärkeres Thränen, die Injection pflanzt sich fort auf die Conjunct. palpebrae, die Lider schwellen mächtig an, die Lidhautvenen sind erweitert. Die Schwellung reicht oft bis auf Stirn und Wange. Die Conjunct. bulbi ist geröthet, chemotisch geschwellt, die Chemosis ist am deutlichsten um die Cornea herum. Letztere ist glatt, stark glänzend, etwas anaesthetisch. Nach ca. 3—5 Std. sind alle diese Erscheinungen schmerzlos geschwunden. Darier hat ausser mit Dionin Versuche mit Morphin, Heroin und Codein angestellt; nach ihm ruft Morphin als Pulver in den Bindehautsack gebracht zwar ebenfalls wie Dionin eine beträchtliche Chemosis hervor und entfaltet eine kräftige analgetische Wirkung, ist aber wegen der eminenten Vergiftungsgefahr nicht empfehlenswerth; dasselbe gilt vom Heroin. Codein scheint keine analgesirende Wirkung zu haben. Vermes hat diese Mittel einer Prüfung unterzogen und nichts anderes als die Füllung der Gefässe gefunden, doch eine Ophthalmie wie die durch Dionin bewirkte, konnte er nicht constatiren.

Es ist anzunehmen, dass die bedeutende Durchfeuchtung und Auflockerung der der Dioninwirkung ausgesetzten Gewebe die Resorption pathologischer Entzündungsproducte zu fördern und zu beschleunigen im Stande ist. Luniewski konnte durch einen Thierversuch diese Voraussetzung bestätigen. Er injicirte einem Hunde in das Corpus vitreum beider Augen japanische Tusche, hierauf wurde in das eine Auge Dioninpulver eingestäubt. 40 Minuten darauf wurden beide Bulbi enucleirt. Schon makroskopisch zeigen Schnitte durch das dioninisirte Auge stärkere Färbung in der Gegend des Corpus ciliare, des Ligamt. pectin. und der Iris, als die durch das andere Auge geführten Schnitte. Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung fasst der Autor in folgende Sätze zusammen: „Der Strom, der die Tuschepartikelchen fortschwemmt, ist im dioninisirten Auge stärker, es kommt hier zur venösen Stauung, die Lymphstomata sind hier erweitert. Das Dionin ruft eine stärkere und lebhaftere Lymphcirculation in der vorderen und hinteren Lymphbahn hervor."

Da die durch Lymphe überschwemmten Gewebe einer besseren Ernährung ausgesetzt sind, wird man annehmen dürfen, dass sie eine erhöhte Vitalität entwickeln können.

Als erster betont Darier die eigenartige tiefe und lange anhaltende analgesirende Wirkung des Dionin — local angewendet — bei schmerzhaft erkranktem Auge, während es anaesthesirend nur ganz gering wirke. Es bestehe ein directer Gegensatz zwischen der Wirkung des Dionins und des Cocains; un oeil calmé de ses douleurs profondes par la Dionine sentira très bien le contact, la picqûre, le pincement ou les cautérisations. C'est exactement le contraire de ce qu'on observe pour la cocaïne qui, en même temps qu'elle éteint la sensibilité périphérique, excite et stimule les centres psychomoteurs. Auch Soulier, gestützt auf experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen, rühmt es als analgetisches Mittel: on doit reconnaître à la Dionine dans la plupart des affections douloureuses de l'oeil la propriété analgésiante profonde et de longue durée." Man hat verschiedentlich nach einer Erklärung dieser auch von vielen andern Autoren constatirten Thatsachen gesucht. Luniewski sagt: „Die überfüllten Lymphstomata üben einen Druck auf die Nervenendigungen aus, führen vielleicht sogar dadurch zur temporären Parese derselben — daher die analgetische Wirkung und die leichter erfolgende Mydriasis. Nach Wicherkiewicz ist die analgetische Wirkung vielmehr der Effect einer durch Dionin gebesserten Lymphcirculation, als der der Einwirkung auf Nervenendigungen. Auch Darier erkennt in der gebesserten Lymphcirculation nach Anwendung dieses Mittels einen Grund für seine schmerzlindernde Wirkung: Nest-ce pas là moyen bien simple d'expliquer la durée de l'analgésie: sublata causa, la douleur ne reparaît pas. Einen andern Grund sieht er in der dem Morphin und seinen Derivaten — also

auch dem Dionin — zukommenden beruhigenden Wirkung auf die psychomotorischen Centren.

Endlich sei noch erwähnt, dass dem Dionin von Darier eine antiseptische Wirkung zugeschrieben wird. Vermes trat dieser Frage experimentell näher. Er bereitet sich 10% Dionin-Nährboden aus Agar, Gelatine und Bouillon, impfte diesem sowohl als auch einfachem Nährboden Secret der Blenorrhoea sacci lacrymalis auf. Schon am folgenden Tage zeigte sich auf dem einfachen Nährboden eine Kultur mit bedeutender Vitalität, auf dioninem Nährboden dagegen liess sich Aehnliches nicht beobachten, oder doch viel später und auch da nicht mit der Tendenz rascher Fortentwicklung. Der Autor sagt: meine Erfahrungen konkludiren dahin, dass das Dionin auch einen gewissen Grad antiseptischer Wirkung besitzt.

Diese 3 dem Dionin zugeschriebenen resp. zuzuschreibenden Eigenschaften und Vorzüge lassen es als ein wichtiges Heilmittel erscheinen bei den verschiedenen Augenaffectionen. Nach seinen an überaus zahlreichen klinischen Beobachtungen gemachten Erfahrungen kommt Wollfberg zu folgenden Resultaten: 1. Die Lymphüberschwemmung des Auges macht Dionin zu einem wichtigen Hilfsmittel in der Behandlung aller Hornhautleiden, speciell solcher, welche nicht von Bindehautleiden abhängig sind. 2. Dionin ist für die Wundbehandlung nach allen Bulbusoperationen und bei allen Verletzungen des Augapfels sowie des Bindehauttraxus zu empfehlen. 3. Dionin ist ein Unterstützungsmittel für die Behandlung des grünen Stars. Man muss jedoch stets sich vergegenwärtigen, was erreicht werden soll: bei frischen Hornhautwunden der Schutz einer bereits vorhandenen oder künstlich herbeigeführten prima intentio gegen Injection — bei inficirten Hornhautwunden eine Kräftigung der Vitalität des normalen Gewebes gegenüber den Infectionskeimen, — bei Hornhautleiden Verminderung des Schmerzes und beschleunigte Heilung, — beim Glaukom Verminderung des Schmerzes, Klärung der Hornhaut und Herabsetzung der Tension. Graefe spricht sich gegen eine Anwendung des Dionins nach Eröffnung des Bulbus aus. Er versuchte Dionin in 4 Fällen von Staroperationen, 2 Fälle heilten normal, in dem einen der 2 andern Fälle riss bei Anwendung des Dionins durch heftiges Niesen die Wunde, im 4. war das Atrium 5 Min. nach der Einträuflung mit Blut gefüllt. Während dieser Autor in 200 Fällen 40mal heftiges bis 30mal hintereinander erfolgendes Niesen fand, beobachtete Wollfberg unter 600 mit Dionin behandelten noch nicht einen, der nieste. Luniewsky, welcher Beobachtungen an über 100 Fälle anstellte, konnte ebenfalls entgegen den Beobachtungen von Graefe keinen Niesreiz constatiren. Wicherkiewicz hingegen bemerkte bei einigen Personen nach Conjunctivaleinträuflungen Niesen. Wollfberg glaubt, die Art der Anwendung sei schuld daran, dass in den Gräfe'schen Fällen das Niesen eine so häufige Erscheinung war, er werde selbstverständlich die eigenthümliche Beobachtung Graefes ferner im Auge behalten, trete aber nach wie vor für die Anwendung des Dionins bei der ersten Wundbehandlung Staroperirter und auch sonst in dem von ihm veröffentlichten Sinne ein. Darier schliesst sich den von Wollfberg aufgestellten Indicationen in seiner letzten Arbeit an: Je puis affirmer que l'action lymphagogue de la Dionine, jointe à son action antisepte très manifeste, fait de cet agent un moyen plus précieux pour hâter la cicatrisation des plaies et prévenir les infections. Je suis heureux aussi de reconnaître avec Wollfberg que la Dionine rend les plus grands services dans le traitement des opérés de cataracte. Ausserdem empfiehlt er die Anwendung dieses Mittels bei quellenden Linsenmassen nach Discision, bei Exsudaten und Haemorrhagien zur rascheren Resorption, bei Iridochorioiditis mit Synechien, als schmerzstillendes Mittel ausser bei Keratitiden und Glaukom auch bei Iritiden und Cyklitiden. Graefe wendet Dionin an bei Conjunktivitis, Iritis, Iridocyklitis, Chorioretinitis, Opacitas corporis vitrei. Luniewski fand bei Application des Dionins wenig oder keinen Erfolg bei Conjunctivitis acuta und phlyctenulosa, bei Trachom, Blepharitiden, bei Corneoskleral-Wunden, bei alten Maculae corneae, bei acuten und chronischem Glaukom, hin wiederum günstige Wirkung bei frischen Maculae corneae und Keratitis parenchymatosa, bei traumatischer Keratitis, bei Opacitates corp. vitr. und bei Ablatio retinae. Geradezu segensreich ist der Erfolg der Dionintherapie bei Iritis; es mildert den Schmerz, unterstützt und beschleunigt die Atropinwirkung. In Fällen, in denen trotz Cocain und Atropin die Pupille eng blieb, trat sofort nach 10%iger Dioninlösung Erweiterung ein, ja noch mehr, bereits vorhandene Synechien wurden zerrissen. Diese letztgenannte Eigenschaft des Dionins wurde ebenfalls von Darier und Soulier hervorgehoben. Nicolaier und ähnlich Wicherkiewicz beobachtete, dass nach Anwendung von Dionin eine Pupillenverengerung eintritt, die dann nach Atropin einer um so prompteren und ergiebigeren Erweiterung Platz macht. Terson berichtet über einen Fall von Glaukom nach Bright'scher Retinitis und über 3 andere von typisch haemorrhagischen Glaukom, bei denen nach Application von Dionin die heftigsten unstillbaren Schmerzen nachliessen und verschwanden.

„Im Kampfe gegen diese perniciöse Form des Glaukoms, bei der eine Iridectomie wirkungslos und geradezu gefährlich ist, bei der auch Punctionen im Stiche lassen und das Auge fast sicher der Enucleation verfallen ist, sofern man sich nicht zu der eingreifenden Operation einer Resection des Sympathicus entschliessen kann, ist Dionin ein werthvolles therapeutisches Mittel". Nach den Erfahrungen von Vernes steht der Nutzen des Dionins über allem Zweifel bei Leiden der Hornhaut aller Art, — ausgenommen diejenigen, welche durch Erkrankungen der Bindehaut bedingt sind —, ferner bei Krankheiten der Regenbogenhaut und des Strahlenkörpers, wo es in Verbindung mit Mydriaticis angewendet werde.

Bei Erkrankungen des Auges empfiehlt sich die Anwendung des Dionins:

1. In allen Fällen, in denen man die heftigen Schmerzen lindern will, auf welche die bekannten localen anaesthesirenden Mittel ohne Wirkung sind, so bei Keratitis, Iritis, Iridocyclitis, Glaukom u. a.

2. In allen Fällen, in denen die Ernährung der Gewebe unterstützt, die Resorption von Exsudaten und Entzündungsproducten befördert werden soll, und

3. in denen man eine sichere Atropinwirkung erzielen will.

Ob man Dionin bei der Wundbehandlung, besonders bei Staroperationen anwenden soll, ferner ob dem Präparat antiseptische Wirkung zukommt, um diese Fragen entscheiden zu können, werden noch mehr Beobachtungen nöthig sein.

Dionin wird ordinirt als Augentropfen in 2 % bis 5 % wässriger Lösung; als Pulver angewendet, bringt man etwa eine kleine Messerspitze voll ins Auge. Wollfberg empfiehlt folgende Medication:

Rp. Dion. 0,25

Ol. cacao 1,0

Fiat massa, e qua form. bacilli Nr. 10.

S. tägl. 1 bis mehrere Stäbchen ins Auge zu bringen.

Benutzte Litteratur über Dionin.

1. Bloch. Therap. Monatsh. 1899, VIII.
2. Bloch. Aerztlicher Centralanzeiger, Wien 1900, Nr. 21 u. 22.
3. Boltenstern. Allgem. Med. Central-Zeitung 1901, Nr. 15 u. 16.
4. Bornikoel. Therap. d. Gegenw. 1900.
5. Bresler. Psychiatr. Wochenschr. 1899, Nr. 39.
6. Darier. La Clinique ophtalm. 1899, Nr. 23.
7. Darier. La Clinique ophtalm. 1900, Nr. 6.
8. Darier. La Clinique ophtalm. 1902, Nr. 1.
9. Danenberger. Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges 1900, III. Nr. 32.
10. Fromme. Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 14.
11. Fromme. Allgem. med. Central-Zeitung 1900, Nr. 34 u. 35.
12. Gottschalk. Aerztl. Rundschau 1901, Nr. 31.
13. Graefe. Deutsche med. Wochenschrift. 1900, Nr. 12.
14. Gunzburg. Journal medical de Bruxelles 1900, Nr. 11
15. Heim. Klin. therap. Wochenschrift 1899, Nr. 46.
16. Heinrich. Wiener med. Blätter 1899, Nr. 11.
17. Hesse. Pharmaceut. Centralhalle 1899, Nr 1.
18. Higier. Deutsche Medicin. Wochenschrift 1899, Nr. 44.
19. Hönigschmied. Aerztliche Central-Zeitung, Wien 1900 Nr. 51.
20. Hoff. Aerztl. Central-Anzeiger, Wien 1899 IX, Nr. 31.
21. Isenburg. Medico 1900, Nr. 20.
22. Janisch. Münchener medicin. Wochenschrift 1899, Nr. 51.
23. Korte. Therap. Monatshefte 1899, I.
24. Kramolin. Therap. Monatshefte 1900, XI. 2.
25. Luniewski. Verhandlg. der IX. poln. Aerzte- und Naturforscherversammlung, Krakau 1900, Heilkunde 1902, Heft 2.
26. Meltzer. Münch. Medicin. Wochenschrift 1899, Nr. 51.
27. Nicolaier. Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges 1899, III. Nr. 13.
28. Plessner. Therap. Monatsh. 1900, Februar.
29. Ransohoff. Psychiatr. Wochenschrift 1899, Nr. 20.
30. Rosenfeld. Aerztl. Central-Zeitung 1900, Nr. 17.
31. Salzmann. Wiener med. Presse 1900, Nr. 24.
32. Schmidt. Aerztliche Central-Zeitung 1901, Nr. 34.
33. Schröder. Therap. d. Gegenw. 1899, III.
34. Simi. Bolletino d'Oculistica 1900, Nr. 11.
35. Soulier. Thèse de Lyon 1900.
36. Terson. Ophtalm. Klinik 1901, Nr. 17.
37. Umber. Therapie der Gegenwart 1900, Februar.
38. Vermes. Orvosi Hetilap 1900.
39. Walther. Zeitschr. f. pract. Aerzte.
40. Winternitz. Therapeut. Monatsh. 1899, IX.
41. Winternitz. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie 1900, Bd. VII.
42. Wollfberg. Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges 1899, III. Nr 4 und 1900 III. Nr. 16.
43. Wollfberg. Therap. Monatsh. 1900, Heft 5.
44. Zirkelbach. Orvosi Hetilap 1901, Nr. 37.

E. Baucke-Bonn.

Mittheilungen.*)

— **Die Jahresversammlung der Irrenärzte und Neurologen französischer Zunge.** (11. Sitzung zu Limoges. Ann. Med.-psych. Sept. — Oct. 1901.)

Der vom 1. bis 7. August stattgehabte Congress darf den gelungensten beigezählt werden. Die Vorbereitungen waren rechtzeitig getroffen worden, Stadt und Aerzte von Limoges bereiteten den Gästen einen vortrefflichen Empfang, und unter den Theilnehmern herrschte, schon durch das nahe Zusammenwohnen begünstigt, ein cordiales Einvernehmen.

In der Eröffnungssitzung bewillkommte zuerst der Maire (Bürgermeister) die Versammlung, indem er dem Wunsche Ausdruck gab, es möchten immer mehr Mittel gefunden werden, die Geisteskrankheiten zu verhüten, und nach ihm der Director der medicin. Facultät. Ihm antwortete Ballet, der Präsident der Versammlung, selbst aus der Schule von Limoges hervorgegangen; er wies auf die ruhmvolle, artistische und litterarische Vergangenheit der festgebenden Stadt hin, besonders aber auf die berühmten Aerzte und Gelehrten des vorigen Jahrhunderts, Dupuytren, Gay-Lussac und Cruveilhier, und besprach dann Methoden und Hilfsmittel der jetzigen Psychiatrie und deren Mitarbeit an der Umformung des Strafrechtes. —

Nachdem in der Nachmittagssitzung desselben Tages das Büreau constituirt war, hielt Carrier sein Referat über das Delirium acutum. —

Er characterisirt dasselbe als einen Symptomencomplex, der sich ebensosehr durch seine überaus rasche Entwicklung, als durch seine Gefährlichkeit kennzeichnet, auf Infection beruht, nach einem Prodromalstadium von schreckhaften Hallucinationen, Angst und allgemeinem Unbehagen, ein Stadium der Aufregung und dann ein solches des Collapses aufweist. Psychisch stehen im erstern allgemeines Delir mit völliger Incohärenz, somatisch völlige Anorexie, Fieber, Dyspnoe und sehr frequenter Puls im Vordergrunde, im letztern, das am 8. Tage zu beginnen pflegt, Stupor, Lähmungserscheinungen und Coma. Dasselbe bleibt aber aus, wenn der Fall sich bessert, um entweder ganz abzuheilen oder in Verrücktheit überzugehen. Ist aber das D. a. nicht ein primäres, sondern ein secundäres, so endet es meist tödtlich. — Verf. bespricht an der Hand von 2 eigenen Beobachtungen 1) die patholog-anatomischen Befunde, bes. der Nervenzellen des Gehirns, 2) die Aetiologie, welche er in der nervösen Veranlagung des Individuums, in erworbener Erschöpfung und in der Toxi-Infection findet, deren Natur allerdings erst zu finden ist.

In der Discussion wird bald mehr die Intoxication, bald mehr die Infection betont. Und als practische Folgerung verlangt Régis, dass die betreffenden Kranken nicht in die Irrenanstalten, sondern in besondere Isolirabtheilungen der Spitäler geschickt werden, was die Versammlung als Desiderat adoptirt.

Am 2. Tage fuhr die ganze Gesellschaft, wozu diesmal auch Damen gehörten, nach einem benachbarten Dorfe, hielt im Schulhause eine Vor- und eine Nachmittagssitzung ab, nahm zwischen beiden das Frühstück und nach beendeter Arbeit das Festessen in ländlich schöner Gegend unter Bäumen ein, um beim Mondscheine nach Limoges zurückzukehren.

Folgende Vorträge wurden gehalten:

Bourneville: Ueber Hämorrhagien der Haut als Folge epileptischer Anfälle.

Meige: Ueber symmetrische Bewegungen der Glieder und Spiegelschrift.

Dicay: Ueber Psychosen post operationem.

Hartenberg: Ueber die nutritive Wirkung des hypodermatisch applicierten Lecithins.

Roubinowitsch und Philippet: Ueber Hedonal, das sie als inoffensiv bezeichnen.

Dontrebente: Unterstützt die Petition von 150 Anstaltsangestellten, dahingehend, dass künftighin Oekonomen und Rendanten aus ihrer Mitte und nicht aus Leuten gewählt würden, die dem Anstaltsdienste bisher gänzlich ferngestanden — was von der Versammlung adoptirt wird.

A. Manhaud: Ueber einen Fall von Spindelzellensarkom des Flocculus bei einem Epileptiker.

Martin: Ueber hysterischen Torticollis und dessen Behandlung durch Gymnastik.

Pailhas: Ueber Degenerirung (der Bevölkerung) in alten (abgelegenen) Ortschaften.

Devay: Ueber juvenile Paralyse.

Der 3. Sitzungstag wurde zum grösseren Theil durch das von Crocq, Professor in Brüssel, erstattete Referat über Tonus, Reflex und Contractur und durch die daran sich schliessende Discussion in Anspruch genommen. Crocq resumiert: In der grossen Mehrheit der Fälle gehen Tonus und Sehnenreflexe parallel, doch nicht immer, und gerade dadurch erweist sich auch ihre anatomische Unabhängigkeit.

Dann wurde Grenoble als Sitz des Congresses für 1902 gewählt, und wurden folgende Themata und Referenten bestimmt.

1. Ueber Angstzustände bei Geisteskrankheiten. Lalanne.
2. Ueber den Tic. Noguès.
3. Die Selbstankläger in forensischer Beziehung. Dupré. —

Endlich wurden noch Mittheilungen gemacht von: Justin Lemeître über Pseudotumoren des Bauches, bei Hysterie und Neurasthenie durch Gasentwicklung vorgetäuscht.

Joffroy über Temperatursinkungen bei 2 Paralytikern (bis 29 resp 25,5°),

von Bourneville: über Syphilis, Alkoholismus und ungesunde Berufsarten als Ursache des Idiotismus,

und endlich von Raymondaud über Zig oder Phantogenie, d. h. phantastische Gesichtsillusionen. —

Der folgende Tag, ein Sonntag, war der Geselligkeit gewidmet; der Präsident hatte die Versammlung, Herren und Damen, zu einem Frühstück in Saint-Goussand eingeladen, das sehr belebt verlaufen zu sein scheint. —

Der folgende Tag brachte das Referat von Taguet

*) Wegen längeren Aufenthalts des Red. im Auslande machte sich leider eine Unterbrechung des Berichts der Münchener Versammlung nöthig; die Fortsetzung wird aber demnächst erfolgen. Red.

über das Personal der Angestellten in den Irrenanstalten, also hauptsächlich die Wärterfrage. Das Seinedepartement (Paris) habe die Besoldungen der Wärter beinahe verdoppelt, mit Pensionsberechtigung nach 20 oder im Krankheitsfalle schon nach 10 Dienstjahren. Nur sollte der Director und nicht der Präfect die Wärter ernennen. Als Postulate wurden aufgestellt: Fachunterricht des Wartpersonales; Theilung des Personales in solches für den Tag und solches für die Nacht; 1 Wärter auf 10 Kranke als Maximum. Besoldung von frs. 360 an, mit Berücksichtigung der Familienverhältnisse.

Die Frage eines ständigen Secretärs wurde einer bes. Commission zur Begutachtung überwiesen. —

In der Nachmittagssitzung folgten 15 Mittheilungen theils casuistischen, theils anatomisch-physiologischen Inhaltes; z. Th. mit Projectionen von Radiographien. Am Abend officielles Banket im Stadthause. —

Damit war der eigentliche Congress geschlossen. Am folgenden Tage wurde von einer Anzahl Theilnehmern die Irrenanstalt Naugeat besichtigt, zu welchem Behufe vom Anstaltsgeistlichen eine die Entwicklung und den gegenwärtigen Bestand der Anstalt beschreibende Brochüre verfasst worden war. —

G. Burchhardt.

Referate.

— **Bruns, die traum. Neurosen, Unfallsneurosen.** Wien 1901. Alfr. Hölder. 131 Seiten, Lexicon-Octav. 3,20 M.

B. hat bei der Definition des Krankheitsbegriffes auch die einfachen Psychosen und die Mischformen zwischen Neurosen und Psychosen berücksichtigt, dagegen die organischen Erkrankungen ausgeschlossen, sodann auch den Begriff des Unfalls unserer Unfallsgesetzgebung entsprechend präcisirt, nach einer guten historischen und Litteraturübersicht kommt er zur Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie, Simulation einzelner Symptome und ihrer Erkennung, des Schlafes, Schwindel, der Krampfanfälle, Gefühls- und Sinnesstörungen, Lähmungen, Contracturen, Gehstörungen, des Verhaltens der Sehnenreflexe, des Zitterns, der Herzerscheinungen und des allgemeinen Verlaufs. An der Hand einer kleinen, aber sehr beweiskräftigen Zahl von Fällen gelingt es B. ein ziemlich scharf characterisirtes Krankheitsbild zu entwerfen, nur bei dem Punkt: Simulation, scheint mir bedenklich, dass Verf. nachweisbare Vortäuschung, nicht nur Uebertreibung eines Systems noch nicht für ausreichend hält, um den Patienten der Simulation verdächtig erscheinen zu lassen.

Sehr werthvolle Angaben enthält das nächste Kapitel über Diagnose, forensische Fragen, Bestimmung des Grades der Erwerbsfähigkeit und Abfassung der Gutachten, insbesondere stellt er sich zu Strümpell in Gegensatz, indem er bei der Exploration die Einziehung von Leumundszeugnissen zur Beurtheilung der Zuverlässigkeit der Angaben für irrelevant hält, da ein sehr wenig achtenswerther Mensch doch krank sein kann.

Bei der Bemessung der Rente partiell Arbeitsunfähiger weist B. auf den therapeutischen Wert der Arbeit als häufig einziges Heilmittel hin und steht somit auf dem Boden Strümpells.

Zum Schluss nach kurzer Würdigung von Prognose und Therapie streift B. noch einmal die Frage der Simulation, insbesondere auch vom strafrechtlichen Standpunkt und zeichnet sich auch hier durch grosse Milde der Auffassung aus.

Die Anschaffung des Buches kann allen, die über Unfallsneurotiker zu urtheilen in die Lage kommen, seiner sehr eingehenden Behandlung dieses theilweise noch recht schweren Gegenstandes wegen empfohlen werden. Weist.

— **Dr. Hellms u. A. Möller, Irrenhaus oder Privatpflege?** Hamburg. Grabow. 40 S. Indem sie das Verständniss und Interesse für die Geisteskranken in allgemein fasslicher Weise zu erwecken suchen, wenden sie sich gegen die verbreiteten Vorurtheile und Anklagen gegen die Irrenheilanstalten. Ob einer naturgemäss nur auf einen engen Kreis verbreiteten Brochüre ein besonderer Erfolg blüht, wird bezweifelt. Mehr noch als es bisher geschieht, sollten es sich die vielerorts entstandenen Irrenhilfsvereine angelegen sein lassen, durch Vorträge und Verbreitung ähnlicher Brochüren aufklärend und dergestalt helfend zu wirken. Kellner (Hubertusburg).

— **Treitel. Ueber Agoraphobie und verwandte Zustände bei Erkrankungen des Ohres.** Samml. zwangl. Abhdl. a. d. Gebiet d. Nasen-, Ohren- etc. Krankheiten. 1901, Nr. 8. Halle a. S., C. Marhold. Verf. weist auf jene Fälle von A. hin, welche an durch Schwindel veranlasste wirkliche Unfälle anknüpfen. Besonders von Frankreich aus hat man einen directen Zusammenhang von A. mit dem Ohrenschwindel constatirt. Tr. betont aber unter Heranziehung mehrerer kasuistischer Fälle, dass der Ohrenschwindel resp. das Ohrenleiden allein nicht genügt, dass vielmehr stets eine gewisse nervöse Disposition vorhanden sein müsse, wenn im Anschluss an jenen A. auftreten solle. Danach muss die Therapie auch von der Behandlung des Allgemeinzustands ausgehen.

Kellner (Hubertusburg).

— **„Mädchenopfer“** nennt sich eine Schrift von H. J. Brandes (H. Walther, Berlin 1902), welche „die Schwesternpflege an Männern“ behandelt, wie sie mehr und mehr besonders in den ärztlichen „Grossbetrieben“ aufflammt und sich leider auf die Pflege auch der Geschlechtskranken ausdehnt, eine Thatsache, welche aus Rücksicht auf Pflegerin wie auf den Kranken kaum nothwendig ist. Insofern birgt die „Anklageschrift“ einen wahren Kern, besonders wenn die dort geschilderten Begebenheiten auf Thatsachen beruhen. Wo der für den Pflegeberuf hohe sittliche Ernst fehlt, birgt der erstere überhaupt und besonders in der Ausübung an Männern zahlreiche Gefahren. Und entbehren möchten wir die weibliche Pflege doch nicht. — Was auf 77 Seiten gesagt wird, dafür hätten 10 Seiten genügt. Die breite und pikante Wiedergabe des gesammelten „Materials“ dürfte auf einen buchhändlerischen Erfolg abzielen. Kellner.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) **Prof. Dr. G. Anton,** Graz **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin

Prof. Dr. E. Mendel, Berlin **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 7. 17. Mai. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Eine interessante Nachricht aus der Schweiz.

Von *A. Grohmann*, Ingenieur in Zürich *).

Veranlasst durch **Möbius** hat sich eine Gesellschaft von Männern zusammengefunden, die darangehen will, in einer schönen Gegend der Schweiz ein grosses alkoholfreies Landgut — sie wollen ihm den Namen „Colonie Friedau" geben — zu errichten, um Nervenkranken und Alkoholkranken zu einem gesunden und nützlichen Leben zu verhelfen.

Die Patienten sollen sich also aus zwei allerdings sehr grossen Gruppen von Kranken recrutiren, für die es bis heute, abgesehen von sehr kleinen Versuchen, an ausreichenden Heil- und Linderungsmitteln gefehlt hat, obwohl es doch an Krankenhäusern der verschiedensten Art wahrlich nicht fehlt.

Die „Colonie Friedau" soll den landwirthschaftlichen Betrieb, besonders Gartenarbeit, sowie den Betrieb der eigenen Hauswirthschaftseinrichtungen so führen, dass sie ihre Bedürfnisse soviel wie möglich selbst befriedigt. Auch das Personal soll alkoholfrei und die Kranken sollen als Hilfskräfte verwendet werden, soweit und soviel es geht.

An ihrer Spitze soll ein sachverständiger Arzt stehen, neben ihm ein Verwalter für die öconomischen Angelegenheiten, beide dem Vorstand des Vereins verantwortlich.

Alkohol wird in der Colonie nicht geduldet werden, und von Jedem wird nach Kräften und Vermögen Theilnahme an den Arbeiten in Feld, Garten und Haus erwartet. Die Colonie will aber keine Trinkerheilanstalt sein, sondern nur Alkoholkranke aufnehmen, die einer Trinkerheilstätte noch nicht oder nicht mehr bedürfen, für die aber der Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung Gefahr bringt.

Durch die Schaffung einfacher, natürlicher Lebens-

*) Herr Gr., der von Hause aus eine ungewöhnliche Anlage für psychologische Beobachtung besitzt, hat sich als Leiter einer Beschäftigungsanstalt für Nervenkranke und im Verkehr mit sachverständigen Aerzten ganz eigenartige, werthvolle Erfahrungen erworben. Er ist jetzt Secretär des Gründungscomités für „Colonie Friedau". Die Redaction.

und Arbeitsverhältnisse soll die Hilfe gleichzeitig besser und billiger werden.

Dabei soll die Colonie weder auf den reinen Erwerb zugeschnitten noch eine reine Wohlthätigkeitsanstalt sein in dem Sinne, dass sie ihre Errichtung und ihren Betrieb nur Schenkungen verdankt — wenn auch letztere natürlich nicht ausgeschlossen sind, — sondern sie soll nach beiden Richtungen auf eigenen Füssen stehen, da die Gründer zu beweisen wünschen, dass dies möglich sei. Und durch diesen Beweis möchten sie veranlassen, dass auch an anderen Orten ähnliche Anstalten entstehen, um das Los mancher Nervenkranken und solcher, die längere Zeit in alkoholfreier Umgebung leben sollten, zu verbessern.

Wenn es mir, einem Laien, gestattet ist, mit einigen skizzenhaften Ausführungen die Krankheitsgruppen zu schildern, denen die Colonie wird dienen können, so möchte ich dies wie folgt thun, indem ich mich an die Bedürfnisse halte, von deren Vorhandensein ich mich im Verkehr mit geistesdefecten Menschen überzeugt habe.

Da nenne ich vor allem die nicht gewohnheitsmässigen „psychopathischen Trinker" mit nur seltenen, aber schweren Excessen, und dann die grosse Zahl derer, bei denen sich, besonders in jugendlichen Jahren, noch kein Alkoholismus ausgebildet hat, die aber ihre Willensschwäche nach dieser Richtung gezeigt haben. Ihnen soll durch lange Gewöhnung gezeigt werden, dass der Mensch am besten ohne Alkohol lebt.

Diese beiden Gruppen sind sowohl rein, wie auch in allen denkbaren Schattierungen in Verbindung mit allen anderen Erscheinungen nervöser und geisteskranker Natur vorhanden. Sie gehören in eine alkoholfreie Umgebung und sie gehören unter sachständige Leitung.

Die Ueberfüllung der Irrenanstalten, die Scheu vor ihnen und die Unvollkommenheit unserer Irrengesetze gestatten nur in den Fällen die Ueberführung in Irrenanstalten, die fast geradezu als Nothfälle bezeichnet werden müssen. Sind es gerichtliche Fälle, so ist ihr Schicksal schon durch die Sachlage mehr oder weniger festgelegt. Für viele andere dieser Patienten aber ist es ein Bedürfniss, ausser den Irrenanstalten Anstalten zu haben, die alkoholfrei betrieben werden, den Insassen Arbeitsgelegenheit geben und dabei genügend billig sind, um auch bei bescheidenen Verhältnissen einen längeren, ja auch dauernden Verbleib in der schützenden Umgebung zu ermöglichen.

Dann denke ich an die vielen Menschen, die ohne eigentlich krank zu sein, doch in irgend einer psychischen Richtung schutzbedürftig sind: characterologisch Abnorme mit leichten und für Andere nur wenig gefährlichen Trieben, Gelüsten, Stimmungen und Schwächen, für die alle jene leichte Correctur des Schicksals erwünscht wäre, wie sie nur innerhalb einer specifisch eingerichteten frei lebenden Gemeinschaft möglich ist. Weder das gewöhnliche Leben noch das in der Irrenanstalt ist für sie das richtige, das eine bietet ihnen zuviel, das andere zu wenig von jenem Zwang zu Pflicht und Arbeit und gesellschaftlicher Anpassung, den jeder Mensch haben muss. Weder die Aussenwelt noch die Irrenanstalt kann ihnen, den Mittelwerthigen, das richtige Maas geben.

Eine sehr grosse Gruppe, von der ich aufrichtig wünsche, dass sich die Aufmerksamkeit der Sachverständigen ihr eingehend widme, und für die die Colonie Friedau gerade das Rechte werden dürfte, sind die in geringem Grade Schwachsinnigen. Ich habe in einer kleinen Schrift (Ernstes und Heiteres aus meinen Erinnerungen im Verkehr mit Schwachsinnigen, Verlag Melusine, Zürich 1902) eine Reihe von solchen Fällen für Eltern und Lehrer beschrieben. Es ist meine feste Ueberzeugung, dass aus den meisten Leichtschwachsinnigen bei guter Behandlung sehr viel mehr nützliche Arbeit herauszugewinnen ist, als es geschieht. Der Schwerpunkt liegt hierbei meist in dem Nichterkennen des Schwachsinnes als solchen. Auch haben die Irrenärzte bis jetzt zu wenig von diesen Kranken bekommen als dass sie viel Aufklärung über dieses Gebiet hätten verbreiten können. Am meisten Elend erzeugt hier der Reichthum. Reiche lassen, als ob es selbstverständlich wäre, ihre Söhne studieren, ob sie unfähig sind oder nicht; es wird ihnen nicht ein genügend primitiver Beruf und es werden nicht genügend einfache allgemeine Lebensverhältnisse geboten. Die Patienten geben Veranlassung zu den aufreibensten Aergernissen mit psychologisch unbegabten Eltern. Bei andern geht es nach einem gründlichen Verpfuschtsein zwar nicht so tragisch zu, aber selbst wenn sie eben wegen dieses Verpfuschtseins etwa Irrenärzten in der Consultationsstunde vorgeführt werden, die Schwerberathbarkeit der Eltern giebt da nicht mehr lösbare Aufgaben auf. Da möchte ich nun das grösste Gewicht darauf legen, dass die praktischen Aerzte über die Absichten des „Colonie Friedau"-Vereins informirt werden, damit sie — fast die Einzigen, die solche Fälle in den Familien kennen lernen — daran denken mögen, recht frühzeitig daran zu gehen, vor zu hochgegriffenen Berufen zu warnen und im Falle von Unfrieden zwischen Eltern und Kindern — eines der bequemsten Zeichen für die Wahrscheinlichkeit von Schwachsinn bei letzteren, wenn nicht bei beiden — zunächst wenigstens ein „zeitweiliges Ausspannen" und eine mehrmonatige Beobachtung bei praktischer Arbeit

wie sie die Colonie bieten wird, vorschlagen. Wer heutzutage in diesen „leichten" Fällen die Beobachtung durch einen Irrenarzt vorschlägt, kann mit Sicherheit auf Misserfolg rechnen. Untersuchung und Beobachtung dieser jungen Leute ausserhalb der gewohnten Umgebung des Elternhauses wird, darauf rechne ich nach meiner Erfahrung mit Sicherheit, zeigen, mit wie einfachen Mitteln besonders manche dieser jungen Männer von 16 bis 20 Jahren auf den rechten Weg zu bringen sind. Denn während der geistig begabte, gebildete, ältere, aber geistig abgearbeitete Nervöse oft nur schwer von seinen geistigen Interessen abzulenken ist, kann dies — aber immer nur in richtiger Umgebung — oft spielend leicht beim jugendlichen Unbegabten geschehen.

Kommen nun noch die Neurosen im engern Sinne, Hysterie und Neurastheme, über die ich trotz ihrer Bedeutung hier nichts sagen will, hinzu, so mag mit dieser Reihe ein ungefähres Bild des zu erwartenden Patientenstandes angedeutet sein.

Aus verschiedenen Gründen ist zu erwarten, dass die Irrenärzte sich für das Unternehmen „Colonie Friedau" interessiren werden, und aus ihren Reihen dürfte auch der ausführende Oberarzt der Colonie hervorgehen: Nur unter den Irrenärzten sind Männer, die eine langjährige Schulung durchgemacht haben in der Organisation, in der Verpflegung und in der Beschäftigung geistesdefecter Menschen in grosser Zahl. In der Entwicklung des praktischen Irrenwesens zeigen sich zwei Tendenzen, die stetig anwachsen und nur scheinbar im Gegensatze stehend: Das Eine ist die zunehmende Zahl der Menschen, die in Irrenanstalten versorgt werden — das Schreckgespenst so Vieler, — das Zweite das stetig zunehmende Verlangen, dem Patienten innerhalb der Anstalt immer mehr und mehr Freiheit zu geben: das Verlangen und Ziel der Irrenärzte. Der Kranke verliert im Einen die Freiheit, um sie im Andern nur anders wieder zu erhalten. Die Bevormundung Hülfloser und Schädlicher verliert an Intensität, nimmt zu an Extensität. Wurden früher nur Kranke versorgt, deren Gefährlichkeit Jedem im Volke einleuchtete, so kommen jetzt Leute ins Irrenhaus, von denen oft die „Gebildetsten" nicht einsehen wollen, das dies nöthig sei. Dass diese zwei Tendenzen nicht von den Irrenärzten gemacht, sondern aus den gesellschaftlichen Zuständen erwachsen sind, das geht auch aus der Thatsache hervor, dass beide dem Irrenarzte vermehrte Last und Verantwortung aufbürden: Auf der einen Seite Zunahme von Arbeitslast durch Vollstopfen der Anstalten weit über ihr richtiges Fassungsvermögen hinaus und starker Patientenwechsel, auf der andern Seite Lockerung der Aufsicht, Erschwerung der Uebersicht, vermehrte Berührung der Kranken mit der Aussenwelt, vermehrte Gelegenheit zu gefährlichen Handlungen durch Werkzeuge, offene Fenster und Thüren, Möbel und Hauseinrichtungen aller Art nach den Gepflogenheiten der Aussenwelt.

Denkt man weiter an die modernen gänzlich „freien Abtheilungen", die vollständig freien „Irrenkolonien" und Irrendörfer, so zeigen sich am Ende dieser langen Reihe von Aenderungen und Entwicklungen, zu der es mehrerer Menschenalter bedurfte, zwei Arten von Anstalten:

1. Die Anstalt mit geschlossener Centrale, umgeben von lauter mehr oder weniger offenen Abtheilungen, alle mit sehr verschiedenen Einrichtungen — für die Geisteskranken im engern Sinne, zum theil vorgeschlagen, zum theil schon bestehend, für Menschen mit zeitweiliger oder steter Gefährlichkeit.

2. Die völlig offene Anstalt, ebenfalls auf dem freien Lande, ebenfalls mit landwirthschaftlichem Betriebe, aber mit vermehrten, und reicher entwickelten Beschäftigungsgelegenheiten, — die noch nicht besteht, — die für Nervenkranke bestimmt sein mag, und die jetzt das Ziel der Gesellschaft „Colonie Friedau" sein wird.

Aber ausser den zwei schon genannten Tendenzen könnte man noch eine dritte Tendenz annehmen, die allerdings nicht allein die Irrenärzte angeht, sondern an der auch Andere theilnehmen, aber die von Irrenärzten verhältnissmässig viel mehr unterstützt wird, als von den Vertretern irgend eines andern Berufes oder irgend einer anderen Gesellschaftsgruppe: die Alkoholabstinenzbewegung. Wer die Literatur der Abstinenzbewegung ansieht, stösst immer wieder auf Irrenärzte als Führer der Massen sowohl als auf Autoren der besten Werke, obwohl die Irrenärzte nur etwa den 100000. Theil der Bevölkerung ausmachen. Die beste experimentelle Arbeit über die Wirkung des Alkohols auf die psychischen Leistungen ist von einem Irrenarzt, und der Mann, dem wir die werkthätigste Abstinenz-Propaganda verdanken, ist auch wieder ein Irrenarzt. Und noch eine Brücke besteht zwischen dem Irrenarzte und der geplanten Anstalt: Zahlreich sind die Fälle in Irrenanstalten, wo ein Patient in der Hauptsache zwar als geheilt oder gebessert, oder als ungebessert, aber ungefährlich geworden zu entlassen ist, ohne dass man ihm die Kraft zumuthen kann, dass er sich in der nächsten Zeit werde halten können. Er bedarf eines leichten Schutzes, der sehr verschiedener Art ist — beim Einen die Abstinenz, beim Andern anderes, — den ihm die Irrenanstalt entweder nicht bieten kann, oder insofern nicht bieten darf, weil sie ihn nicht zurückbehalten

darf. Uebergangsstationen zwischen Irrenanstalt und Freiheit haben wir bis jetzt noch nicht gehabt. Manche Patienten sollten aus der Hut des einen Psychiaters in die Hut eines andern Psychiaters kommen; auch hier: vermehrte Freiheit, — aber auch Erhaltung des nützlichen Restes von Erwerbsfähigkeit. Das Leiden oder die Gefahr des Rückfalles ist geblieben und die Erkenntniss dieser Gefahr ist psychiatrischer Natur.

In Summa ist also zu sagen: die Colonie Friedau erstrebt in erster Linie Arbeit und Abstinenz für Nervenkranke, in zweiter Linie: Es soll doch endlich einmal, und zwar mitten in einem an Trinkern reichen Lande eine Insel erstehen, wo nicht getrunken wird, und auf der die Abstinenz nicht gepredigt, sondern geübt wird.

In gewissem Sinne ist die Schweiz ein Sanatorium für ganz Europa und die Augen der Welt sind auf dies schöne Land gerichtet: Die Colonie Friedau wird daher gerade in der Schweiz am rechten Platze sein.

„Schutz des Publikums vor den Psychiatern."

Von Dr. *Pfausler*, Director, Valduna.

Ein k. k. Justiz-Min.-Erlass (vom Februar l. J.), nach welchem bei Begutachtungen von in den Anstalten befindlichen Geisteskranken die Beiziehung der ordinirenden Anstaltsärzte zu vermeiden sei, hat unter einem Theile der österreichischen Irrenanstalts-Aerzte eine begreifliche Erregung hervorgerufen. Da es auf den ersten Blick den Anschein hatte, dass dieser Erlass einem irgendwie veranlassten Misstrauen gegenüber den betroffenen Anstalten entsprungen sein könnte, so wurde eine Umfrage an alle cisleithanischen Anstalts-Direktionen gerichtet.

Das Ergebniss war ein verschiedenes. Einzelnen Anstalten wurde ein gleicher Erlass schon vor Jahren zugemittelt, anderen war ein solcher bekannt, aber nicht intimirt worden, wieder anderen war er bisher fremd geblieben.

Zweck dieses kurzen Aufsatzes soll sein, die Irrenanstalts-Aerzte zu einer gemeinsamen Auffassung und Stellungnahme in dieser wichtigen und folgenschweren Angelegenheit zu veranlassen.

Zur Orientirung muss vorausgeschickt werden, dass bisher mit Ausnahme der Orte, in denen den Behörden eigene Gerichts-Psychiater zur Verfügung stehen, wie in Wien und Prag, bei den civilgerichtlichen Begutachtungen von in den Anstalten befindlichen Geisteskranken bis zum Zeitpunkte genannten Erlasses meist ein — und dann in Gemeinschaft mit dem Gerichtsarzte — seltener 2 Anstaltsärzte als beeidigte Sachverständige herangezogen wurden, und dass dieser Vorgang zu keinen erwiesenen oder sonst wie bekannt gewordenen Unzukömmlichkeiten, viel weniger Ungesetzlichkeiten geführt hat. Abgesehen davon, dass in der berufenen Oeffentlichkeit niemals eine Klage hierüber laut geworden, wurde den als gerichtliche Sachverständige selbst durch Jahrzehnte fungirenden Anstaltsärzten wiederholt für ihre gewissenhafte und sachgemässe Durchführung der Begutachtungen sowohl mündlich wie schriftlich die Anerkennung der zuständigen Gerichtsbehörden bekannt gegeben.

Da uns vorerst die Beweggründe für diesen Ministerialerlass nicht bekannt waren, stellten wir uns zunächst die Frage, schafft der Erlass Besseres?

Als Maassstab zur Beurtheilung muss der § 273 a. b. G. B. nebst der Ministerial-Verordnung vom 14. Mai 1874 herangezogen werden. Der genannte Paragraph bestimmt: „Für wahn- oder blödsinnig kann nur derjenige gehalten werden, welcher nach genauer Erforschung seines Betragens und nach Einvernehmung der von dem Gerichte ebenfalls dazu verordneten Aerzte gerichtlich dafür erklärt wird", und in der zur Erläuterung herausgegebenen Ministerial-Verordnung vom 14. Mai 1874 wird ausgeführt: „den zur Amtshandlung wegen Constatirung der Geistesstörung der in eine Irrenanstalt gebrachten Personen berufenen Gerichten wird im Sinne des Gesetzes obliegen, dieser Amtshandlung ihre vollste Aufmerksamkeit zuzuwenden und sich befähigter Commissionsleiter und erprobter, vollkommen befähigter und gewissenhafter Experten zu bedienen, jede Verschleppung der diesfälligen Erhebungen hintanzuhalten und sofort nach erfolgter Constatirung der Geistesstörung das weitere Erforderliche einzuleiten, im entgegengesetzten Falle aber dafür zu sorgen, dass der Curande ohne Verzug wieder in den vollen Gebrauch seiner bürgerlichen Freiheit versetzt werde. Da es häufig vorkommt, dass Experte wiederholte Beobachtungen und somit Aufschub ihres Gutachtens verlangen, besonders wenn sie die Geistesstörung für heilbar erachten, so ist von den Gerichten mit aller

Energie zunächst auf den Ausspruch, ob die angebliche Geistesstörung wirklich vorhanden sei, zu dringen und jeder nicht unvermeidlich sich darstellende Aufschub in dieser Beziehung hintanzuhalten. Für weitere und wiederholte Beobachtungserstreckungen zum Zwecke des Ausspruches über die Heilungsmöglichkeit lässt sich zwar im vornhinein ein Termin nicht bestimmen, es wird jedoch Aufgabe des Gerichtes sein, auch hier auf thunlichste Beschleunigung zu dringen, grundlosen Verschleppungen entgegen zu treten, und endlich zum Zwecke des Gebrauches für das Pflegegericht und den Curator darauf zu sehen, dass das Gutachten der Experten über die Heilungsmöglichkeit in möglichst bestimmter und klar verständlicher Weise abgegeben werde".

Nach dem neuen Erlasse treten wenigstens in der Provinz, ausserhalb der Universitätsstädte, an die Stelle der ordinirenden Anstaltsärzte der k. k. Bezirksarzt mit einem praktischen Arzte als gerichtliche Sachverständige. Wenn wir nun ersterem das nöthige Maass psychiatrischer Kenntnisse zusprechen wollen, so können wir das beim practischen Arzte wohl in den seltensten Fällen voraussetzen und dies umsomehr, als überhaupt erst die jüngeren Aerzte ein Colleg über Psychiatrie gehört haben und auf Grund dessen wohl selbst kaum den Anspruch erheben werden, ein im Sinne der schon erwähnten Ministerial-Verordnung vom Jahre 1874 „erprobter und vollkommen befähigter Experte" zu sein. Die Frage nach der Gewissenhaftigkeit im Sinne obiger Verordnung kann wohl auch nicht aufgeworfen werden, will man nicht etwa die lächerliche Annahme machen, der Eid des Fachmannes sei minderwerthiger anzuschlagen, als der eines k. k. Amtsarztes oder eines mit der Psychiatrie wenig oder nicht vertrauten praktischen Arztes, dem überdies die bevorzugte Eigenschaft ein „erprobter und vollkommen befähigter Experte zu sein", nicht oder nicht in dem Maasse wie dem Anstaltsarzte zugesprochen werden kann.

Da nach dem Erlasse keine durchwegs besser qualificirte Sachverständige an die Stelle treten, so ist wohl auch kaum zu erwarten, dass deren gutachtliche Leistungen über jene der ordinirenden Anstaltsärzte zu stellen seien.

Nach der oben angeführten Ministerial-Verordnung zum § 273 a. b. G. B. haben sich die Sachverständigen im gegebenen Falle vorzüglich darüber zu äussern, ob und welche Geistesstörung vorliegt, ob der Kranke trotz seiner Geistesstörung noch geschäftsfähig, ob seine Erkrankung eine heilbare und in welcher Zeit sie dieses sei.

Diese für die Curatels-Bestellung, wie für den Schutz der persönlichen Freiheit gleichwichtigen Fragen werden wohl nur die Anstaltsärzte, denen neben ihrer psychiatrischen Ausbildung die tägliche Beobachtung des Kranken den sichersten Ueberblick über jene gewährt, zur vollen Zufriedenheit der Gerichtsbehörden zu beantworten in der Lage sein, nicht aber Aerzte, denen sowohl die fachmännische Ausbildung, sowie die tägliche Beobachtung fehlt und die dem Kranken nur flüchtig bei Gelegenheit ihrer Gutachtenabgabe gegenübertreten.

In der Consequenz des neuen Erlasses ist doch auch die Benutzung des Krankengeschichten-Materials, welches von den ordinirenden Anstaltsärzten stammt, ausgeschlossen; denn sind die in den Krankengeschichten niedergelegten Befunde und Beobachtungen der Anstaltsärzte für die Begutachtung von Belang, warum soll dann nicht auch fernerhin deren fachmännisches und objectiv unparteiisches Gutachten für die Behörden maassgebend sein?

Sind aber die nach den Krankengeschichten verfassten Gutachten nicht hinreichend vertrauenswürdig, so sind die Krankengeschichten für die begutachtenden Aerzte irrelevant. Hierbei muss noch darauf hingewiesen werden, dass die begutachtenden Aerzte in einer Stunde 3—6 Fälle „abthun" und in jenen Fällen, wo ihnen inconsequenter Weise die Krankengeschichten zur Verfügung gestellt werden, in ihren Gutachten meist einfach diese abschreiben und dann noch das Gutachten, das sie sich von den Anstaltsärzten geben lassen, anfügen.

Dass ein solcher Vorgang für die begutachtenden Aerzte wenig ehrenvoll ist, wie er für den fachmännischen Anstaltsarzt im hohen Grade kränkend und sein Ansehen schädigend wirkt, liegt auf der Hand.

Dass aber auch Fälle falscher Beurtheilung von grösserer Tragweite noch häufiger vorkommen werden, mag nur durch einen Fall unserer Erfahrung kurz beleuchtet werden.

Am 8. Januar 1901 wurde der 46jährige F. aus D., ein wohlhabender und früher intelligenter Geschäftsmann, mit den Zeichen einer vorgeschrittenen progressiven Paralyse in unsere Anstaltsbehandlung aufgenommen. Nach den verlässlichen anamnestischen Erhebungen durch einen Bruder des F. liess sich der Krankheitsbeginn auf 2 Jahre sicher zurückführen.

F. hatte, nachdem ihm im Juni 1900 seine erste Frau gestorben war, sich schon im September 1900 mit der zweiten verheirathet. Kurz vor der Aufnahme hatte F. seine Frau durch Erbvertrag zur Universalerbin eingesetzt. F. wurde in der Anstalt als

mit progressiver Paralyse behaftet begutachtet und unter Curatel gestellt.

Nun wollten die Anverwandten des F., nachdem dessen Frau auch keiner Nachkommenschaft entgegensah, die Rechtsgiltigkeit seines Erbvertrages auf Grund unseres Gutachtens anfechten. F. wurde indessen, trotzdem sein Leiden auch seiner Frau unverkennbar war (zeigte er doch bei all' den characteristischen Symptomen des Leidens auch die für den Laien auffälligen Erscheinungen verschiedener Grössen-Ideen und schwerster Intelligenz-Defecte), von dieser am 11. III. 1901 gegen Revers aus der Anstalt nach Hause übernommen, dort von pract. Aerzten, denen unser ausführliches Gutachten vorgelegen hatte, für gesund erklärt und aus der Curatel entlassen. Daraufhin wurde die Rechtsgiltigkeit des Erbvertrages von den Anverwandten des F. nicht weiter bestritten.

Am 19. III. 02 wurde nun F. zum zweiten Male der Anstaltsbehandlung übergeben. Die Frau des F. liess uns berichten, wir möchten den Mann nun behalten, er wäre schon ganz blöd. F. zeigt das Bild der progressiven Paralyse in einem entsprechend weiter vorgeschrittenen Maasse, als bei der ersten Aufnahme. Die Frau des F. ist inzwischen im April 1902 niedergekommen; es dürfte aber in diesem Falle doch auch die Vaterschaft des F. in Zweifel gezogen werden, nachdem die Frau schon bei der ersten Aufnahme von der Impotenz ihres Mannes berichtete. —

Wir wollen hiermit etwa keineswegs den pract. Collegen den Mangel psychiatrischer Kenntnisse zum Vorwurfe machen, erwarten aber, dass sie sich unter diesem Hinweise als psychiatrische Experte nicht für berufen erachten. Von noch schwerwiegenderen Folgen ist der Erlass bei Begutachtungen in strafgerichtlichen Fällen, und sind bei der neuen Art der Expertise die schwersten Schädigungen des persönlichen Wohles der Geisteskranken keineswegs auszuschliessen, wie sie auch für die durch die moderne humane Psychiatrie schon theilweise errungene Auffassung in erster Linie den Verbrecher und nicht das Verbrechen zu be- bezw. verurtheilen, wohl unzweifelhaft einen Rückschritt bedeuten muss. Nachdem nun nachgewiesenermaassen durch den neuen Ministerial-Erlass nichts Besseres geschaffen wird, kann derselbe auch nicht als gerecht bezeichnet werden, da er ja gerade für den Fachmann eine Zurücksetzung, eine kränkende Ausnahmestellung gegenüber jedem anderen Arzte bedeutet, wie eine solche sich am allerwenigsten aus dem Wortlaute oder Sinne des § 273 a. b. G. B. ableiten lässt.

Da dieser Erlass offensichtlich nichts Besseres schafft, fragt es sich nun, ist derselbe vielleicht durch äussere Umstände hervorgerufen und begründet? Sind vielleicht Fälle bekannt geworden, in denen Anstaltsärzte gegen ihr Wissen und Gewissen zu Gunsten einer Person oder Sache die Interessen der ihnen anvertrauten Kranken, in erster Linie auch den Schutz der persönlichen Freiheit ausser Acht gelassen? Darauf haben wir nur eine Antwort: Niemand wird dem Stande der Psychiater selbst beim Fehlen einzelner Beweisfälle die Schmach der Käuflichkeit anwerfen wollen.

Wenn aber das Justiz-Ministerium auf eine Gegenvorstellung seinen Erlass durch nichts anderes zu begründen wusste als, man müsse auch den „Schein der Befangenheit der Sachverständigen" vermeiden, so stellen wir dem die Frage entgegen, haftet den Krankengeschichten, nach denen auch von den Anstaltsärzten die Gutachten verfasst worden sind, der „Schein der Befangenheit" nicht mehr an, wenn sie der k. k. Amtsarzt und ein mit der Psychiatrie wenig oder nicht vertrauter pract. Arzt in ihren Gutachten abschreiben? Die österreichischen Anstaltsärzte werden darum neben dem Eintreten für die grösstmöglichste Wahrung aller Interessen der ihnen anvertrauten Kranken zur Wahrung ihres Ansehens gezwungen sein, gegen einen Erlass gemeinsam Stellung zu nehmen, welcher auf jene Linie eines unberechtigten und unbegründeten Misstrauens zu stellen ist, dessen Endziel „Schutz des Publikums vor den Psychiatern" mit obigem Erlass wohl schon erreicht ist.

Mittheilungen.

— **Die XXVII. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 24. und 25. Mai in Baden-Baden im Blumensaale des Conversationshauses abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Samstag, den 24. Mai, vormittags von 11 bis 1 Uhr statt. Etwaige Demonstrationen von Kranken sollen in dieser Sitzung stattfinden.

In der zweiten Sitzung am gleichen Tage nachmittags 2 bis $5^1/_2$ Uhr wird das Referat erstatten:

Herr Prof. Hoche-Strassburg: Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie.

Daran sollen sich anschliessen die dazu gehörigen Vorträge sowie die zur Discussion zu machenden Bemerkungen.

Die dritte Sitzung findet Sonntag, den 25. Mai,

vormittags von 9—12 Uhr statt mit Einschaltung oder Anschluss von Demonstrationen mikroskopischer oder sonstiger Präparate.

Auf die zweite Sitzung folgt nachmittags 6 Uhr ein gemeinsames Essen im Restaurant des Conversationshauses.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren, welche an dem gemeinsamen Essen theilzunehmen beabsichtigen, um eine betreffende baldgefällige Mittheilung.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Prof. Dr. Erb (Heidelberg): Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Syphilis des centralen Nervensystems.
2. Prof. Dr. v. Strümpell (Erlangen): Neurologische Mittheilungen.
3. Prof. Dr. Dinkler (Aachen): Ueber acute Myelitis (Verdacht auf Abscess; Versuch operativer Behandlung).
4. Prof. Dr. Schwalbe (Strassburg): Ueber Windungsprotuberanzen des Schädels.
5. Prof. Dr. Fürstner (Strassburg): Zur Kenntniss der vasomotorischen Neurosen.
6. Prof. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Zur vergleichenden Anatomie des Gehirns: Das Vogelgehirn.
7. Dr. Bayerthal (Worms): Zur Diagnose der Thalamus- und Stirnhirntumoren.
8. Prof. Dr. Schultze (Bonn): a) Weitere Mittheilungen über operativ behandelte Geschwülste der Rückenmarkshäute. b) Das Verhalten der Zunge bei Tetanie.
9. Prof. Dr. Hoffmann (Heidelberg): Ueber tonischen Facialiskrampf.
10. Dr. Ebers (Baden-Baden): Demonstration eines durch Operation geheilten Falles von chronischem Krampf der Nacken- und Halsmuskulatur.
11. Dr. Blum (Frankfurt a. M.): Ueber experimentelle Erzeugung von Geisteskrankheiten.
12. Prof. Dr. Gerhardt (Strassburg): Zur Anatomie der Kehlkopflähmungen.
13. Dr. Link (Freiburg): Demonstration von Muskelpräparaten bei Myasthenia gravis.
14. Dr. Vulpius (Heidelberg): Muskelüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung.
15. Prof. Dr. Nissl (Heidelberg): Ueber einge Beziehungen zwischen der Glia und dem Gefässapparat.
16. Dr. Schröder (Heidelberg): Die Katatonie im höheren Lebensalter.
17. Prof. Dr. Kraepelin (Heidelberg): Die Arbeitskurve.

Um gefällige Verbreitung dieser Einladung und um Anmeldung weiterer Vorträge wird gebeten.

Eine Zeitdauer für die einzelnen Vorträge ist in den Statuten nicht festgesetzt. Doch erscheint es auf Grund der bisherigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf den Zweck der Versammlung gerechtfertigt, wenn wir an die Herren Vortragenden die Bitte richten, die Dauer des Vortrages über ein Thema, soweit thunlich, auf 15, höchstens 20 Minuten, bemessen zu wollen.

Die Geschäftsführer:

Prof. Dr. Kraepelin, Heidelberg. Dr. Fr. Fischer, Pforzheim.

Mai 1902.

— **In geisteskrankem Zustande verurtheilt und nach 6 1/2 Jahren freigesprochen.** Vor fast sieben Jahren, am 23. August 1895, wurde vom Dresdener Landgericht der Versicherungsinspector Johannes Otto Ludwig Philippsohn, ein Sohn des damaligen Bankiers Ph. zu Dresden, wegen Urkundenfälschung, falscher Anschuldigung und Nöthigung zu zwei Jahren Gefängniss und fünfjährigem Ehrenrechtsverlust verurtheilt. Auf Grund von Thatsachen, die schon damals auf einen mangelhaften Geisteszustand des Ph. hindeuteten, erfolgte die Verurtheilung zu der genannten Strafe. Das Urtheil wurde rechtskräftig, die Strafverbüssung konnte indessen nicht eintreten, weil der Verurtheilte wegen Geisteskrankheit entmündigt wurde. Sein damaliger Vertheidiger, Rechtsanwalt Dr. Thieme, der zu seinem Vormund bestellt wurde, hatte schon damals den Zustand seines Pfleglings erkannt, konnte jedoch die Verurtheilung nicht von ihm abwenden, da ein diesbezügliches medicinisches Gutachten derzeit nicht zu erlangen war. Trotzdem ist er fortgesetzt bemüht gewesen, ein Wiederaufnahmeverfahren herbeizuführen. Diese seit sieben Jahren fortgesetzten Bemühungen waren schliesslich von Erfolg. In der am 29. April Abend anberaumten neuen, unter Ausschluss der Oeffentlichkeit geführten Verhandlung erfolgte kostenlose Freisprechung von der gegen Ph. am 23. August 1895 erhobenen Anklage, und zwar auf Grund eines vom Hofrath Dr. med. Buch erstatteten Gutachtens, nach dem der Geisteszustand Philippsohns bei Begehung der Strafthat im Jahre 1895 kein normaler gewesen ist und es ihm (Ph.) damals an der nöthigen Einsicht und Erkenntniss gefehlt hat. Für den Angeklagten ist die nachträgliche Rehabilitirung von um so grösserer Wichtigkeit, weil seine Entmündigung seit Kurzem aufgehoben und er in Berlin als Commissionär thätig ist. Die im Jahre 1895 von Ph. bezahlten Gerichtskosten u. s. w. werden ihm jetzt aus der Staatskasse in vollem Umfange zurückvergütet.

— Ueber **Geisteskrankheiten bei Eisenbahnbeamten** wird der „Kölnischen Volksztg." (16. 4. 02) von fachmännischer Seite folgende beachtenswerthe Mittheilung gemacht: „Das Eisenbahnunglück bei Altenbeken kam vor einigen Tagen in den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses nochmals zur Sprache, und es wurde dabei von verschiedenen Mitgliedern des Hauses der Minister um eine möglichst milde Beurtheilung der dabei Angestellten gebeten. Gewiss mit Recht, denn wie die Gerichtsverhandlungen ergaben, ist der schreckliche Unglücksfall zum grössten Theil die Folge einer verhängnissvollen Kette unglücklicher Umstände gewesen, und die Schwere der Bestrafung kann daher zu einer Verminderung der Eisenbahnunglücksfälle gewiss nicht viel beitragen. Das letztere ist neben einer steten Verbesserung der technischen Einrichtungen wohl nur möglich durch

die Sorge für Heranbildung eines möglichst tüchtigen und wachsamen Personals. Auch in dieser Hinsicht ist ja in den letzten Jahren manches zweckmässige geschehen. Es ist die Arbeitszeit gekürzt worden, es finden seitens der Bahnärzte körperliche Untersuchungen, speciell der Augen auf Farbenblindheit statt, es sind neuerdings Abstinenzvereine gegründet worden u. s. w. Auf einen Punkt, welcher der Berücksichtigung gewiss werth ist, dürfte ärztlicherseits wohl die Aufmerksamkeit gerichtet werden: das ist die Gefahr, die bei beginnender Geisteskrankheit von Bahnangestellten dem reisenden Publikum erwachsen kann, wie mich vielfache Beobachtungen aus letzter Zeit gelehrt haben. Wiederholt fanden sich in der poliklinischen Sprechstunde für Nervenkranke Bahnangestellte (meist Weichensteller) ein, welche, theils aus freien Stücken, theils auf Anrathen des Bahnarztes, der zu einer Diagnose nicht gekommen war, sich wegen allgemein nervöser Beschwerden in Behandlung begaben, und es zeigte sich bei der Untersuchung — dem Sachverständigen zuweilen auf den ersten Blick — dass man es mit einer beginnenden Geisteskrankheit, meist einer Gehirnerweichung, zu thun hatte. Die Prüfung der Intelligenz ergab dann eine erhebliche Gedächtnissschwäche u. s. w. Die Kranken klagten vielfach selbst, dass sie die Zeiten der fälligen Züge nicht mehr behalten könnten, vielfach auch über Schlafsucht, deren sie sich selbst am Tage nicht recht erwehren könnten. Welch unabsehbare Folgen aus derartigen Momenten resultieren können, leuchtet wohl ein, und es dürfte namentlich in Anbetracht der zweifellos zunehmenden Erkrankungen an Gehirnerweichungen — auch epileptische Dämmerzustände wurden wiederholt beobachtet — wohl angezeigt sein, auch nach dieser Richtung der Gefahr vorzubeugen. Wie dies zu geschehen hat, ist Sache der massgebenden Stellen. In erster Linie kämen ja die Bahnärzte in Betracht, welche von Zeit zu Zeit die in ihren Revieren Angestellten auch in dieser Hinsicht zu untersuchen hätten; aber einem vielbeschäftigten Bahnarzt fehlt es wohl meist an der zu einer solchen Prüfung nothwendigen Zeit, einzelnen vielleicht auch an den erforderlichen specialistischen Kenntnissen. Es müssten deshalb mit solchen Untersuchungen fachmännisch ausgebildete Neurologen oder Psychiater betraut werden. Wie beim Militär neuerdings die beginnenden geistigen Störungen gebührend gewürdigt werden als Ursache mancher Soldatenmisshandlungen u. s. w. und wie man dort mit der Beobachtung solcher Kranken demnächst psychiatrisch erfahrene Aerzte zu betrauen gedenkt, so wäre das in gewiss gleichem Maasse bei den Angestellten der Bahn erforderlich. Es könnte manches Unheil dadurch verhütet werden."

— Am 14. April ist in Berlin, im Garten der Königl. Charité vor der neuen Nervenklinik, die Büste Wilhelm Griesingers feierlich enthüllt worden. Die von Lührssen geschaffene Büste, die sich auf einem Sockel von rothem Granit erhebt, war von einer Hülle in den württembergischen Farben umgeben. In Vertretung des Kultusministeriums waren der Geh. Ober-Regierungsrath Naumann und Sanitätsrath Dr. Aschenborn erschienen. Das Heimathsland des Gefeierten, Württemberg, wurde durch den Bundesrathsbevollmächtigten, Präsidenten Schricker vertreten. Die Universität Tübingen, an der Griesinger einst gewirkt, hatte den Dekan der medicinischen Fakultät, Prof. Döderlein, mit einem Kranze entsand. Nachdem die Kapelle der Eisenbahnbrigade das niederländische Dankgebet gespielt hatte, liess Stabsarzt Dr. Buttersack, der die Anregung zur Errichtung des Denkmals gegeben, nach kurzer Ansprache die Hülle fallen und übergab die Büste der Charité, während Generalarzt Schaper das Denkmal übernahm. Als Amtsnachfolger Griesingers und derzeitiger Vertreter der Nervenheilkunde an der Charité feierte Geh. Rath Jolly Griesinger als den Mann, der zuerst eine Vereinigung der Psychiatrie mit der Nervenheilkunde geschaffen. Aus Anlass der Feier waren auch mehrere Drahtungen eingegangen. Der württembergische Kultusminister Weizsäcker drahtete: „Zur heutigen Feier beglückwünsche ich Sie und die übrigen Herren des Denkmalskomités zu der pietätvollen Ehrung des Andenkens an den genialen Arzt und Forscher und den berühmten Sohn des schwäbischen Landes." — Der Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie benutzte diese feierliche Gelegenheit, um seiner tief empfundenen Verehrung für den Begründer der modernen Nervenheilkunde Ausdruck zu geben.

— **Der IX. Internationale Congress gegen den Alkoholismus** wird im Jahre 1903 nach dem Beschlusse des vorjährigen Wiener Congresses in Deutschland stattfinden und zwar in den Tagen vom 14.—19. April 1903 in Bremen. Dort ist bereits der vorbereitende Ortsausschuss seit mehreren Monaten in Thätigkeit, um zunächst den Verlauf des Congresses im äusseren Rahmen feststellen zu können. Der Vorsitzende dieses Ausschusses ist Dir. Dr. med. A. Delbrück, Bremen, Humboldtstr. 127, an den auch alle Anfragen zu richten sind. Die Internationalen Congresse gegen den Alkoholismus fordern zur Theilnahme alle auf, die in der Bekämpfung des Alkoholismus und der Trinksitten eine wichtige Aufgabe erkennen. Sie richten ihre Einladungen an alle socialen Schichten, an die Hand- und Kopfarbeiter, an Männer und Frauen, an Alt und Jung. Es handelt sich nicht um ein Unternehmen besonderer Tendenz, sei es der Mässigkeit, sei es der Totalenthaltsamkeit; vielmehr sollen die Anhänger aller verschiedener Richtungen zu gegenseitigem Meinungsaustausch, zu gemeinsamer Arbeit zusammengerufen werden. Nach dem vorjährigen Wiener Beschlusse werden die von ersten wissenschaftlichen Autoritäten zu haltenden Vorträge vom Organisationskomitee festgesetzt; wir werden bereits in den nächsten Wochen in der Lage sein, darüber nähere Mittheilungen machen zu können.

— Vom 1.—7. September 1902 findet in Antwerpen ein **Internationaler Congress für Irrenfürsorge und speciell für Familienpflege Geisteskranker statt** unter dem Ehrenvorsitz des belgischen Justizministers und dem Vizeehrenvorsitz von dessen Vorgänger (Lejeune) sowie unter Betheiligung zahlreicher anderer höherer belgischer Staatsbeamter. Anmeldungen sind zu richten an Herrn Dr. F. Sano,

Antwerpen, rue Montebello 2. Theilnehmerbeitrag 20 Frcs.*) Aus dem Einladungsschreiben geben wir Folgendes wieder:

„Au dernier Congrès International de l'Assistance familiale, tenu à Paris en octobre 1901, la section psychiâtrique dut constater que le travail considérable qu'elle venait d'entamer ne pouvait être mené à bonne fin que par la constitution indépendante d'une nouvelle session, où les problèmes pourraient être soumis à un examen plus approfondi.

Cette nouvelle session aura lieu du premier au sept septembre prochain, à Anvers. Elle sera consacrée à l'étude de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale.

L'asile fermé est actuellement le principal mode d'assistance des aliénés. Le nombre de ceux-ci est trop élevé pour qu'on puisse songer à les placer tous autrement. Du reste beaucoup d'entre eux ont besoin d'un traitement régulier et d'une surveillance suivie, que l'asile fermé est seul capable de leur fournir. Aussi ces refuges ne se comptent-ils plus: on en construit de nouveaux tous les jours. L'on agrandit ceux qui existent; on les modifie dans leur forme extérieure: on construit des quartiers indépendants, des cottages, des fermes-asiles, des colonies de travail. Le régime intérieur a été adouci: on donne aux malades des occupations, des distraction, des fêtes, un plus grand degré de liberté, des sorties à titre d'essai; pour quelques-uns mêmes les portes restent ouvertes. Ce sont là les signes d'une louable tendance à se rapprocher de la vie sociale.

Gheel, où des centaines de malades jouissent depuis des siècles de la liberté et de la vie de famille, Gheel fut considéré longtemps comme une simple curiosité, un singulier village.

L'exemple de l'Ecosse, qui applique depuis de longues années l'assistance familiale à de nombreux malades, ne trouva pas d'imitateurs. Une croisade passionnée, dont le docteur Baron Mundy fut le Pierre l'Ermite, ne réussit pas à fixer d'une manière durable l'attention des médecin et des administrateurs, et l'internement des aliénés resta la régle générale.

Le flot de la folie montant toujours, on se trouva en face de l'encombrement général, avec tous ses inconvénients. Il fallut s'imposer de nouveaux efforts. Les dépenses augmentaient, menaçant l'équilibre des budgets.

On finit, par se dire qu'il y a des malades qui ne sont pas dangereux, qui n'ont besoin ni d'un traitement, ni de soins spéciaux, et qui ne demandent qu'à vivre dans la société. Depuis vingt ans des essais d'application du patronage familial se font un peu partout. La Belgique a reproduit à Lierneux le modéle de la colonie de Gheel; la Russie est depuis longtemps ralliée au système; la France a fondé les colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château; la Prusse construit des asiles spéciaux auxquels elle annexe des colonies; des pays limitrophes se préparent à l'imiter; l'Autriche a mis pratiquement ce système à l'étude; la Hollande entre, timidement encore, dans la voie, et l'Amérique du Nord continue des experiences qui se font dans les conditions les plus désavantageuses . . .

Il est impossible d'examiner le régime des colonies sans toucher directement au régime des asiles fermés. C'est pour cette raison que la commission organisatrice s'est cru autorisée à étendre le programme du congrès. Tout en portant spécialement son attention sur l'assistance familiale, elle n'a voulu exclure aucune des questions qui peuvent intéresser l'assistance des aliénés en général . . ."

— **Programm der 69. ordentlichen General-Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Samstag den 7. Juni 1902, Nachmittags 1 Uhr in der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Galkhausen bei Langenfeld.*) Vor der Sitzung Imbiss in der Anstalt. 1. Geschäftliche Mittheilungen. 2. Aufnahme neuer Mitglieder. Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. Baucke-Bonn, Dr. Hummelsheim-Bonn, Dr. Huth-Ahrweiler, Dr. Jannes-Eschweiler, Dr. Löwenstein-Bendorf, Dr. Pfahl-Bonn, Dr. Rusak, Medicinalrath, Cöln, Dr. Weichelt-Andernach.

3. Vorträge.
   a) Hoffmann-Elberfeld (Gast): Ein Fall von inducirtem Irresein.
   b) Schultze-Andernach: Bemerkungen zur Sachverständigen-Thätigkeit.
   c) Foerster und Baucke-Bonn: Sectionsbefund bei zwei Geisteskranken: Syringomyelie und disseminirte Encephalomyelitis.
   d) Lückerath-Galkhausen: Die beiden ersten Jahre in Galkhausen.
4. Rundgang durch die Anstalt.

Gemeinschaftliches Mittagessen $4\frac{1}{2}$ Uhr im Festsaal der Anstalt.

Die Bewirthung der Theilnehmer hat Herr Landeshauptmann der Rheinprovinz in liebenswürdiger Weise übernommen. Die Mitglieder sind gebeten, ihre Theilnahme bis spätestens den 30. Mai cr. bei dem Direktor Herting, Prov.-Heil-Anstalt Galkhausen, Langenfeld (Rhld.), anzumelden.

Pelman. Oebeke. Umpfenbach.

— Die **Société médico-psychologique de Paris** feiert am 26. Mai d. Js., 4 Uhr, in ihren Sitzungsräumen, 12 rue de Seine, ihr **50jähriges Bestehen.** Dr. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine) und Dr. Motet, 161 rue de Charonne, laden zur Theilnahme ein (Theilnehmerbeitrag 20 Fr.). Banquet um 7 Uhr, Restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

— **Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in München,** 14. April 1902. Fortsetzung.

Alzheimer (Frankfurt a. M.). Die auf arteriosklerotischer Grundlage entstehenden

*) Die Herren Collegen aus Deutschland, welche dem Congresse anwohnen wollen, sind gebeten, dem Mitherausgeber dieser Wochenschrift, Director Alt-Uchtspringe, Mittheilung zu machen, der auch bereitwilligst Auskunft ertheilt. D. R.

*) Eisenbahnstrecke Cöln-Düsseldorf:
Zug von Cöln 11^38 Vormittags,
„ „ Düsseldorf 10^40 Vormittags,
„ nach Cöln 7^27 Nachmittags,
„ „ Düsseldorf 7^13 Nachmittags.

Geistesstörungen. Von der progressiven Paralyse sind mit den Fortschritten der anatomischen und klinischen Forschung verschiedene Krankheitsbilder abgetrennt worden, die man Pseudoparalysen genannt hat. Ueber verschiedene davon ist das Urtheil heute noch nicht abgeschlossen. 1891 beschrieb Klippel eine arthritische Pseudoparalyse. Diese arthritische Pseudoparalyse ist identisch mit dem, was Binswanger u. A. später als arteriosklerotische Gehirndegeneration beschrieben. Die im Zusammenhang mit Arteriosklerose auftretenden psychischen Störungen lassen sich in verschiedene Gruppen eintheilen. 1. Eine einfache, wenig progrediente Form, bei der es nur zu nervösen Erscheinungen, Kopfweh, Schwindelanfällen, leichter Ermüdbarkeit, Gedächtnissschwäche oder wenigstens Erschwerung der Reproduktionsfähigkeit kommt. Im Gehirn finden sich keine schwereren Veränderungen, aber Zeichen chronischer Stauung. 2. Eine schwere progrediente Form. Hier verursacht die verschiedene Localisation des arteriosklerotischen Degenerationsprocesses verschiedene klinische Bilder. Der arteriosklerotische Degenerationsprozess kann sich in zerstreuten Herden über das ganze Gehirn ausbreiten (gewöhnliche Form), oder vorzugsweise auf das Hemisphärenmark beschränkt bleiben (Encephalitis subcorticalis chronica diffusa Binswangers), sich nur auf die Rinde ausdehnen (senile Rindenverödung), oder allein das Gefässgebiet irgend einer grösseren Hirnarterie betreffen. 3. Auch manche im späteren Alter auftretenden Fälle von Epilepsie müssen als durch Arteriosklerose verursacht angesehen werden. Es giebt zwei solcher Formen. Die eine, cardiovasale, ist fast regelmässig mit Herzkrankheiten kompliziert, die zweite mit arteriosklerotischen Herden in Zusammenhang zu bringen. Der Vortrag wird durch Zeichnungen erläutert.

Discussion zum Vortrag Alzheimer.

Herr Fürstner weist zunächst darauf hin, dass die Arteriosclerose oft schon in jungen Jahren zu constatiren sei, dass dabei regionäre und familiäre Verhältnisse eine grosse Rolle spielen. Man trifft in denselben Familien nicht nur besondere Grade der Arteriosclerose sondern auch Auftreten bei mehreren Mitgliedern in jungen Jahren. Unter diesen Umständen können natürlich auch schwere Erkrankungen des Centralnervensystems schon in jungen Jahren beobachtet werden. Sodann macht Herr A. mit Recht einen Unterschied zwischen der Erkrankung des Marklagers, wie sie bei der Arteriosclerose in rechter Linie in Betracht kommen und Erkrankungen, wo die Rinde in erster Linie betroffen, wie bei der Senilen-Verödung A.'s F. fragt, ob A., wie es nach den Zeichnungen scheint, Verbindung der Spinnenzellen direct mit den Gefässen annimmt, was Weigert früher nicht that. Endlich unterscheidet auch F. bei der alkoholischen Epilepsie Fälle, wo arteriosclerotische Herde die Ursache, von den häufigeren Fällen, in denen die Hirnveränderungen Folgen der Toxen sind.

Herr Degenkolb: Ich habe nur Rindengefässe untersucht, und weiss nicht, wie die Beantwortung der Frage sich bei einem umfassenden Ueberblick über den ganzen Gefässapparat stellen würde. Mit diesem Vorbehalte glaube ich, dass sich an den Rindengefässen die hyaline Gefässdegeneration von der Rindengefäss-Arteriosclerose doch trennen lässt, wie dies ja Robertsons Ansicht entspricht, dessen Schema freilich für die Mehrzahl der Fälle nicht ausreicht (vergl. die Gefässerkrankung bei Dem. sen.). Bezüglich der Arteriosclerose der Paralytiker möchte ich Herrn A. beistimmen.

Herr Hänel fragt an, ob ein Befund von perivasculärer Injection mit Rundzellen an den kleinsten Gefässen bei Arteriosclerose der mittleren und grossen auf den arteriosclerotischen Prozess zurückgeführt werden kann, oder ob man in solchen Fällen noch einen parallel gehenden, entzündlichen, encephalitischen Prozess annehmen muss.

Herr Degenkolb: Rundzelleninfiltrate kommen bei, (sc. reiner) Arteriosclerose kleiner Hirngefässe nicht vor ausser (secundär) im Bereiche sehr schwerer localer Veränderungen z. B. alter Knoten. Trennt man scharf die Adventitialzellenwucherungen von den Rundzelleninfiltraten, so haben mir Litteraturstudien ergeben, dass solche nur bei Intoxikationen und Infectionen vorkommen, vermuthlich nur bei Infection.

Herr Alzheimer (Schlusswort): Ich glaube, dass man nicht sagen sollte, das und das kommt nicht vor. Thatsächlich findet man garnicht so selten, z. B. bei der Paralyse, offenbar arteriosclerotische Gefässveränderungen, bei welchen eine starke kleinzellige Infiltration zu sehen ist. Im Allgemeinen findet man bei der Arteriosclerose in der Regel keine Infiltration, zuweilen aber starke Wucherung der Adventitia.

Dr. Brosius, Sayn: Der Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland.

Redner erinnert daran, dass vor nahezu 27 Jahren, im Herbst 1875, als der Verein der Deutschen Irrenärzte auch in München tagte, auf seiner Tagesordnung dasselbe Thema stand, das er heute in aller Kürze zur Sprache bringe. Der damalige Referent, Dr. August Zinn, Eberswalde, war verhindert in München zu erscheinen, und der Vorsitzende verlas den von ihm schriftlich übersandten Antrag: Die Irrenhülfsvereine, wie sie in der Schweiz und in Deutschland bestehen, sind wirksame Mittel zur Förderung der Irrenpflege, und der Verein empfiehlt seinen Mitgliedern, die Bildung solcher Vereine überall da anzustreben, wo sie noch fehlen. Diese Resolution wurde ohne Debatte einstimmig angenommen. Nun ist es unverständlich und befremdend, dass, während von 1872 ab bis 1875 5 Patronate in Deutschland gegründet wurden, mit 1875 nach der Münchener Resolution eine 5 Jahre lang dauernde Stagnation eintrat, und erst in 1880 die Gründung zweier Irrenhülfsvereine zeigte, dass der patronale Gedanke nicht erloschen war. Auch die nachfolgende Zeit beweise, dass das „Ueberall" in Zinn's Antrage nur zu einem seltenen „Hier und da" geworden sei. Man möge ihm daher nicht verargen, dass er heute an die Münchener Resolution erinnere, mit dem Wunsche, dass die Frage der Patronate auf der Tagesordnung des Vereins der Deutschen Irrenärzte bleibe.

Discussion zum Vortrage Brosius:

Herr Siemens: Der warme Apell des Collegen

Brosius legt wohl jedem von uns die Verpflichtung auf sich zu fragen, ob und in wiefern wir dieser Verpflichtung nachgekommen sind. Die Frage der Patronisirung und Unterstützung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten liegt in den verschiedenen Ländern verschieden. In Provinzen, welche, wie z. B. der Reg.-Bez. Cassel und die Provinz Pommern, die ganzen Kosten für Verpflegung der Heilbaren oder gemeingefährlichen Geisteskranken übernehmen (Pommern bezahlt sogar die Reisekosten dieser Kranken und ihrer Begleiter zur Anstalt), ist die Noth nicht so dringend, zumal der Landeshauptmann bei uns auch noch einen Fonds zur Unterstützung entlassener Pfleglinge hat. Einen Theil der Pflichten hat bei uns auch der Verein für innere Mission übernommen.

Herr Beckh fragt an, welche Vereine B. meint, und was er mit den Patronaten meint. Er theilt mit, dass in Nürnberg und in Fürth und auch sonst noch in Franken grosse Vereine zur Bezahlung der Pflege der Kranken in den Irren-Anstalten bestehen.

Herr Kreuser: Den Mittheilungen von Siemens gegenüber ist der Brosius'sche Apell zu unterstützen da es doch einen wesentlichen Unterschied bildet, ob eine weitere Fürsorge für der Anstaltspflege nicht mehr Bedürftige anderen Behörden überlassen wird oder in den Händen der Irren-Aerzte verbleibt. Durch letzteren Modus werden die Beziehungen zu den früheren Pfleglingen sehr viel lebendiger erhalten, und gewinnen wir den Vortheil über das spätere Schicksal der Anstaltspfleglinge weit mehr und zuverlässigere Nachrichten zu erhalten.

Herr Peretti unterstützt den Brosius'schen Apell, da die Hilfsvereine nicht nur den Zweck der Geldunterstützung, sondern der Hebung des gesammten Irrenwesens haben.

Herr Siemens: Auf die Verschiedenheiten in den einzelnen Provinzen und Ländern habe ich ja aufmerksam gemacht und zur Erklärung dessen, dass bei uns ein solcher Verein noch nicht besteht, die günstigen Verhältnisse angeführt, welche die Gründung nicht so dringlich erscheinen liessen.

Herr Pelman spricht sich ebenfalls zustimmend zu dem Brosius'schen Apell aus.

H. Gudden, München: Beiträge zur topographischen Anatomie des Hirnstammes.

Vortr. demonstrirt mit dem Projektionsapparat Schnittpräparate durch die normale medulla oblongata und den Hirnstamm, die durch eigenartige Schnittführung, Verbindung von horizontaler mit sagittaler, frontaler mit horizontaler u. s. w. Richtung verschiedene Bündel in sehr übersichtlicher Weise zur Darstellung bringen. Die Methode erscheint geeignet, nicht nur über den Verlauf bekannter Bahnen genauere Aufklärung zu schaffen, sondern auch bisher wenig gekannte und noch unbekannte Fasersysteme aufzudecken.

Wolff (Basel). Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen.

Da die Lehre von den Degenerationszeichen einen Zusammenhang zwischen geistiger beziehungsweise nervöser Anomalie und körperlichen Missbildungen annimmt, so führt die Frage nach der physiologischen Grundlage dieser Lehre in letzter Linie auf die entwicklungsphysiologische Frage: hat das Nervensystem einen Einfluss auf körperliche Entwicklungsvorgänge? Diese Frage ist in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts intensiv discutirt worden; später scheint das Problem völlig liegen geblieben zu sein, bis es gegen Ende des vorigen Jahrhunderts wieder aufgenommen und auf experimentellem Wege zu lösen versucht wurde. Der Erste, welcher, wenigstens für wirbellose Thiere, den positiven Nachweis lieferte, dass das Nervensystem einen Einfluss auf Entwickelungsvorgänge haben könne, ist K. Herbst, welcher zeigte, dass bei Krebsen das abgeschnittene Auge nur regenerirt wird unter dem Einflusse eines vom Ganglion opticum ausgehenden nervösen Reizes. An Wirbelthieren hat der Vortragende in den letzten Jahren die Frage experimentell studirt und feststellen können, dass bei Tritonen die Regeneration einer abgeschnittenen Extremität nur erfolgt unter dem Einfluss eines durch das Rückenmark vermittelten nervösen Reizes, dass bei Unterbrechung der nervösen Verbindung mit dem Rückenmark eine Regeneration nicht erfolgt bezw. ein bereits eingeleiteter Regenerationsprozess unterbrochen wird, und dass bei mangelhafter nervöser Verbindung das Regenerationsproduct Missbildungen zeigt, die sich in der Reduction der Zehenzahl kundgeben.

(Schluss folgt.)

Referate.

— The Journal of mental science. April 1901. Duckworth giebt eine Uebersicht über die Rolle, die die Toxämie in der Hervorbringung geistiger Störungen spielt. Die Toxine können im Körper selbst entstehen, oder sie werden von den von aussen eingedrungenen Mikroorganismen erzeugt, oder sie kommen durch organische Gifte zustande, oder sie sind das Ergebniss des gewohnheitsmässigen Gebrauchs von Alkohol, Morphium, Cocain, Chloral. Wirken diese Gifte auf ein hereditär belastetes und geschwächtes Gehirn, so entstehen verschiedene Arten des Irreseins. Diese Prädisposition ist aber nicht in allen Fällen nothwendig. Verf. führt nun verschiedene Krankheiten an, in denen die Wirkung der Blutvergiftung auf das Gehirn und die sich daraus ergebenden psychischen Störungen bekannt sind, wie Urämie, Diabetes, Bleivergiftung etc. und schliesslich das grosse Gebiet der Infektionskrankheiten.

Lewis Jones meint, dass in manchen Fällen von Irresein die Elektrizität ein nützliches Heilmittel sei. Ihre gute Wirkung auf die Atmung, die Wärmeproduktion und die Ausscheidung von Harnstoff ist bekannt. Sie wird also besonders da angewendet werden müssen, wo wir den Allgemeinzustand bessern wollen, in Fällen, von Schwäche, Anämien, Appetitlosigkeit,

Schlaflosigkeit. Hier bessert sich dann oft zugleich mit dem physischen der psychische Zustand des Kranken. Verf. empfiehlt das elektrische Bad mit Stromunterbrechung.

Richard Brayn giebt eine kurze geschichtliche Uebersicht über die Fürsorge für verbrecherische Geisteskranke in England im verflossenen Jahrhundert. Vor 1800 war das Verfahren sehr schwankend und unsicher. Bald wurden sie wie gewöhnliche Geisteskranke behandelt, bald ins Gefängniss oder Zuchthaus gesteckt, bald einfach laufen gelassen. Die erste gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten rührt vom 28. Juli 1800 her und war die direkte Folge eines Attentats auf Georg III. Darnach hatte der König das Verfügungsrecht über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Da es aber unbestimmt gelassen worden war, wer die Kosten zu bestreiten hatte, so scheint es, als seien die geisteskranken Verbrecher nach wie vor dem Gefängniss überwiesen worden. 1807 wurde eine Commission ernannt, die sich mit der Frage der verbrecherischen und armen Geisteskranken zu beschäftigen hatte. Sie empfahl die Errichtung einer besondern Anstalt für die, die wegen eines Verbrechens, begangen im Zustand der Geisteskrankheit, verurtheilt worden waren. 1814 wurden im Anschluss an das Bethlem Hospital Abtheilungen für 60 verbrecherische Geisteskanke geschaffen und der ärztlichen und sonstigen Leitung des Hospitals unterstellt. Die Kosten trug die Regierung. Bald reichten die Plätze in Bethlem trotz der doppelten Vergrösserung nicht mehr aus, und so schloss die Regierung 1849 einen Vertrag mit den Eigenthümern des Fisherton House, die überzähligen verbrecherischen Geisteskranken aufzunehmen. Aehnliche Verträge wurden mit verschiedenen Irrenanstalten, wie denen zu Camberwell und Dumfries, abgeschlossen. Derweilen war 1835 aus dem House of Lords eine Kommission gewählt worden, um sich über den Stand des Gefängniss- und Zuchthauswesens zu unterrichten. Das Gutachten lautete: „Personen, bei denen das Verfahren vorläufig eingestellt worden ist, oder die zwar verurtheilt, wegen Geisteskrankheit aber nicht bestraft werden können, sollen nicht im Gefängniss oder Zuchthaus untergebracht werden." Nach einer Bestimmung von 1838 ist jemand, der ein Verbrechen im geisteskranken Zustand begeht, oder im Begriff ist zu begehen, nach dem Urtheil zweier Richter und auf Grund eines ärztlichen' Gutachtens einer Irrenanstalt zu überweisen. Eine Bestimmung von 1840 dehnte die Bestimmung von 1800, wonach des Hochverraths, des Mordes, kurz der schweren Verbrechen für schuldig befundene Geisteskranke in einer Irrenanstalt unterzubringen sind, auch auf die aus, die nur ein Vergehen begangen hatten. Bei der Ueberfüllung der Abtheilungen zu Bethlem und Fisherton kam man auf das Gutachten der Comission von 1807 zurück und beschloss den Bau einer besonderen Anstalt für geisteskranke Verbrecher. So wurde 1856 der Plan für die Anstalt zu Broadmoor entworfen. Noch während des Baues (1860) äusserte sich eine vom Unterhaus erwählte Commission dahin: „Solche Personen mit andern Kranken zusammenzubringen, ist von Uebel. Es ist für sie selbst und die andern Kranken schädlich. Sie aber im Genesungsstadium als selbstverständlich frei zu lassen, ist ein noch grösseres Uebel und kann wegen der grossen Gefahr für die Gesellschaft nicht gebilligt werden" 1863 wurde Broadmoor eröffnet. Die Anstalt bestand ursprünglich aus 6 Pavillons für Männer mit 400 Plätzen und einem Pavillon für Frauen mit 100 Plätzen. Jetzt sinds 480 Plätze für Männer und 187 für Frauen. 1884 wurden eingehendere Bestimmungen erlassen über die Begutachtung, Unterbringung, Ueberführung, Behandlung und Entlassung der geisteskranken Verbrecher. Die Behandlung dieser Individuen unterscheidet sich nur insofern von der der übrigen Geisteskranken, als besondere Sicherheitsmaassregeln und eine grössere Zahl Wartpersonal nöthig sind. Es sind auch des Nachts eine grössere Zahl Zellen erforderlich als in einer gewöhnlichen Irrenanstalt. Die Zellen sind beliebt, da viele Kranke es vorziehen, allein zu schlafen.*) Der schwierigste Punkt ist die Frage nach der Entlassung der geisteskranken Verbrecher, namentlich der Mörder. Selbst wenn in der Anstalt die äusseren Symptome der Geisteskrankheit geschwunden sind, ist die Gefahr des Rückfalls in dem freien, ungebundenen Leben ausserordentlich gross. In Broadmoor werden die geeigneten Kranken gewöhnlich bedingungsweise und gegen Bürgschaft eines Verwandten oder Freundes entlassen. Diese übernehmen alsdann die Obhut und verpflichten sich, regelmässig Berichte über den physischen und psychischen Zustand ihres Schützlings an den Staatssekretär einzusenden, damit der Kranke rechtzeitig beim Eintreten verdächtiger Symptome wieder eingeliefert werden kann. Auch die verheirathete Frau, die während ihres puerperalen oder sonstigen Irreseins ihre Kinder umbrachte, rechnet Verf. zu den gefährlich bleibenden Geisteskranken. Er macht eine zarte Andeutung, ob man sie in dem Falle nicht „sterilisieren" sollte.

Zum Schluss verweist Verf. auf den häufigen Zusammenhang zwischen Sinnestäuschungen und Mord. Eine Statistik über die vom 31. 12. 1899 in Broadmoor anwesenden Insassen ergab, dass es sich in 83,3% um Mord und Mordversuche handelte, wovon auf die Männer 81,2% und auf die Frauen 9,7% entfielen.

*) Sind das auch „Tobzellen"?

(Fortsetzung folgt.)

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Dr. Bartels, Besitzer der Heilanstalt für Nervenkranke „Kurhaus Villa Frieda" in Ballenstedt a. Harz ist zum Sanitätsrath ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin, **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig, **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 8. 24. Mai. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Irrenfürsorge in Baden.*)

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*-Illenau.

Die gegenwärtige Irrenversorgung im Grossherzogthum Baden zeigt folgende Verhältnisse:

Das Grossherzogthum besitzt bei einem Flächenraum von 15081 qkm und einer Einwohnerzahl von 1 807 944 (Volkszählung vom 1. Dezember 1900) zu Zwecken der Irrenversorgung an staatlichen öffentlichen Irrenanstalten: die Heil- und Pflegeanstalten in Illenau mit 500, Emmendingen mit 1025 und Pforzheim mit 650, sowie die beiden Irrenkliniken in Heidelberg und Freiburg mit je 110 Plätzen; zusammen Ende des Jahres 1900 als nominelle Höchstziffer 2395 Plätze für Geisteskranke in öffentlichen Anstalten. Es kommt danach in den Heil- und Pflegeanstalten des Landes ein Platz auf 780 Einwohner, resp. auf 1000 Einwohner 1,28 Plätze.

Der thatsächliche Krankenbestand betrug Ende 1900 in diesen fünf Anstalten zusammen 2407 Pfleglinge.

Diese Zahl geht also über die obige nominelle höchste Belegziffer von 2395 um 12 hinaus.**)

Mit der angegebenen Belegziffer von 2395 sind aber sämmtliche Anstalten bereits als bedeutend überfüllt zu betrachten, wenn man die Räume nach den heutigen Grundsätzen der Hygiene und des technisch-ärztlichen Betriebs ausmisst. Wir werden auf diesen Punkt später noch zurückkommen.

Als den staatlichen Anstalten zugehörig ist ferner die Abtheilung für geisteskranke Verbrecher des Hauptkrankenhauses des Landesgefängnisses in Bruchsal mit 28

*) Vorliegende Arbeit ist der gekürzte erste Theil der von der badischen Sachverständigencommission ausgearbeiteten „Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung", mit einer neuen Einschaltung, welche, weil zu sehr ins Detail gehend, in der Denkschrift nicht zum Abdruck gekommen ist.

**) Seit dieser Aufstellung haben sich die Belegungsverhältnisse noch erheblich verschlechtert.

Plätzen zu rechnen; der Krankenbestand beträgt dort durchschnittlich 20 Kranke.

Da jedoch nur akut geistig erkrankte Sträflinge, während ihrer Strafzeit, Aufnahme finden und der Krankenbestand sich nur aus der Zahl der Sträflinge ergänzt, also der Wechsel allein intern sich vollzieht, so kommt diese Plätzezahl für unsere Aufstellung der für die Landesirrenfürsorge verfügbaren Plätze nicht in Betracht.

Zu den staatlichen Institutionen der öffentlichen Landesirrenanstalten kommen hinzu die sogenannten Privatirrenanstalten. Als solche sind zu zählen:

1. Die Korporationsanstalten, die der privaten Wohlthätigkeit ihre Entstehung verdanken und zum Theil Staatszuschüsse zum Bau und Betrieb erhalten.

Diese Wohlthätigkeitsanstalten sind:

a) das St. Josefshaus in Herthen, Amt Lörrach, in welchem Schwach- und Blödsinnige, Idioten und Kretinen Aufnahme finden; am 31. Dezember 1900 befanden sich daselbst im Ganzen 394 Kranke (davon 9 unter 6 Jahren, 121 von 6—14 Jahren, 101 von 14—21 Jahren und 163 über 21 Jahren).

Die nominelle Belegziffer beträgt 450 Betten.

b) Die Anstalt für schwachsinnige Kinder in Mosbach, welche für schwachsinnige Kinder und jugendliche Personen im Alter von 6—18 Jahren bestimmt ist; am 31. Dezember 1900 befanden sich darin 138 Pfleglinge (und zwar 5 unter 6 Jahren, 57 von 6—14 Jahren, 59 von 14—21 Jahren und 17 über 21 Jahren).

Die nominelle Belegziffer beträgt 140 Betten.

c) Die Heil- und Pflegeanstalt für epileptische Kinder in Kork, welche Epileptiker, und zwar in erster Linie jugendliche, aufnimmt, die älteren nöthigenfalls beibehält und in zweiter Linie auch Erwachsenen Aufnahme gewährt. Der Krankenbestand betrug am 31. Dezember 1900 73 Pfleglinge; davon ist 1 unter 6 Jahren, 22 im Alter von 6—14 Jahren, 40 im Alter von 14—21 Jahren und 10 über 21 Jahre alt.

Die nominelle Belegziffer beträgt 75 Betten.

In diesen drei Anstalten zusammen wurden am 31. Dezember 1900 605 Kranke und zwar in der überwiegenden Mehrzahl jugendliche Geisteskranke (Schwachsinnige, Idioten, Kretinen und Epileptiker) und zwar 215 unter 14 Jahren und 200 vom 14.—21. Lebensjahre, aber daneben auch 190 erwachsene Geisteskranke über 21 Jahren derselben Art verpflegt.

Die Belegziffer dieser unter 1 genannten Anstalten zusammengerechnet ist 665 Plätze.

2. Die Privatirrenanstalt für vermögliche Kranke von Dr. Richard Fischer in Neckargemünd mit 42 Plätzen. Der Krankenbestand Ende 1900 war 33.

Die zur Verfügung stehenden Plätze in allen Privatirrenanstalten (1 und 2 zusammen) betragen 707.

Wenn wir den in den staatlichen Irrenanstalten verfügbaren Plätzen (2305) noch diese in den Privatirrenanstalten vorhandenen (707) hinzurechnen, so ergiebt das eine Gesammtzahl von 3102 Plätzen für Zwecke der Irrenversorgung, d. h. 1 Platz auf 602 Einwohner oder auf 1000 Einwohner 1,66 Anstaltsplätze.

Von diesen insgesammt 3102 Plätzen treffen somit 2305 oder 77,2 % auf die staatliche Irrenversorgung und 707 oder 22,8 % auf die Privatirrenanstalten.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass, abgesehen von der Privatanstalt für Vermögliche in Neckargemünd, die Mehrzahl der in den Privatirrenanstalten verpflegten Kranken, also insbesondere derjenigen der genannten drei Wohlthätigkeitsanstalten jugendliche Pfleglinge und nach Krankheitskategorien Schwachsinnige, Idioten, Kretinen und Epileptiker sind, so dass also den Privatanstalten vorwiegend die Fürsorge für die Jugendlichen, den öffentlichen Irrenanstalten aber die Fürsorge für Erwachsene zufällt.

Wir haben des Weiteren noch zu erwähnen die Kreispflegeanstalten — unter der Selbstverwaltung der Kreise stehende Krankenanstalten — einestheils für körperlich Sieche (auch Taubstumme), anderntheils für Kretinen, Epileptiker, Idioten, Imbezille und andere chronische Geisteskranke. In diesen neun Kreispflegeanstalten des Landes wurden nämlich am 31. Dezember 1900 ausser 1154 körperlich Siechen und Taubstummen 1146 chronische Geisteskranke (mit angeborener Geistesschwäche, auch Kretinen, oder erworbener Geistesstörung) und 97 Epileptiker, zusammen 1243, verpflegt. Es sind danach 52 % der Insassen der Kreispflegeanstalten, also über die Hälfte, Geisteskranke, Kretinen und Epileptiker, wobei die Gelähmten (an Gehirn- oder Rückenmarkslähmung Leidenden) und die Alkoholiker, unter welchen Kategorien wohl auch eine Anzahl den Geisteskranken zuzurechnen sein dürfte, nicht mitgezählt sind.

Diese Anstalten dienen hauptsächlich für der Armenversorgung anheimgefallene Kreisangehörige, ausnahmsweise auch für zahlungsfähige Kranke.

Nach den Statuten sind nun in diesen Anstalten von Geisteskrankheiten und verwandten Zuständen nur aufnahmeberechtigt:

1. Unheilbare Geisteskranke, sofern sie ruhig sind, keiner besonderen Wartung bedürfen und der Localversorgung überwiesen wurden.

2. Idioten, Kretinen, Blödsinnige höheren Grades, welche auf so niederer geistiger Stufe stehen, dass sie sich nicht selbst überlassen werden können.

3. Personen, welche bis zur Arbeitsunfähigkeit mit Epilepsie oder anderen schweren Nervenleiden (wie Veitstanz, Hysterie und Katalepsie) behaftet sind.

Nach den Aufnahmebestimmungen, wonach die Kreispflegeanstalten ausdrücklich nur solche Kranke, welche sich ebensogut auch für die Localversorgung eignen, aufnehmen, der irrenärztlichen Behandlung aber noch irgendwie bedürftige Irre nicht beherbergen sollen, gehören diese Krankenanstalten aber nicht in die Reihe der eigentlichen Irrenanstalten und dienen nicht den Zwecken der Irrenversorgung und Irrenbehandlung in dem Sinne, wie die vorhergenannten öffentlichen und privaten Institutionen. Die in den Kreispflegeanstalten von Kranken dieser Art eingenommenen Plätze können bei dieser Sachlage auch bei einer Aufstellung der für die geordnete Irrenversorgung verfügbaren Plätze nicht mitgezählt werden. *)

Den öffentlichen Irrenanstalten fällt nun in der Landesirrenversorgung folgende Aufgabe zu:

Zunächst gliedern sich diese:

1. in vorwiegend Aufnahme- oder Heilanstalten (Illenau und die beiden Irrenkliniken), und

2. vorwiegend Pflegeanstalten (Emmendingen und Pforzheim).

Die ersteren allein nehmen prinzipiell Kranke aus dem offenen Lande auf, während die letzteren zur Entlastung der Aufnahmeanstalten dienen, d. h. nur aus diesen Kranke aufnehmen sollen, mit Ausnahme der Wiederaufnahmen und eventuell der Epileptiker.

Das ganze Land ist nun in Aufnahmebezirke für diese drei Aufnahmeanstalten (Illenau, die Irrenkliniken in Freiburg und in Heidelberg) eingetheilt, so dass jeder dieser Anstalten alle der Anstaltsbehandlung bedürftigen Kranken zunächst aus diesem Bezirke zufallen; ausnahmslos gilt dies für die auf öffentliche Kosten (Gemeinde-, Kreis- oder Staatskosten) Verpflegten. Vermögliche können sich die Heilanstalt wählen.

Der Aufnahmebezirk der Anstalt Illenau umfasst die Mitte des Landes und die südöstliche abliegende Bodenseegegend, d. h. die Kreise Baden, Offenburg, Villingen und Konstanz, letzteren mit Ausschluss des Amtsgerichtsbezirkes Radolfzell, ferner vom Kreise Karlsruhe die Amtsbezirke Karlsruhe, Durlach und Ettlingen, zusammen mit einer Einwohnerzahl von 715370 (Volkszählung vom 1. Dezember 1900).

Illenau hat bei etwa 500 Plätzen eine jährliche Aufnahmeziffer von 385 (Durchschnitt der letzten 5 Jahre); im Jahre 1900 hatte es 434 Aufnahmen.

Die Irrenklinik in Heidelberg hat zum Aufnahmebezirk den vom Illenauer Bezirke nördlich gelegenen Landestheil, nämlich die Kreise Mosbach, Heidelberg und Mannheim, und vom Kreise Karlsruhe die Amtsbezirke Pforzheim, Bretten und Bruchsal, zusammen mit einer Einwohnerzahl von 712488.

Sie vollzieht bei einer Plätzezahl von 110 Betten pro Jahr 314 Aufnahmen (Durchschnitt der letzten 5 Jahre); im Jahre 1900 hatte sie 383 Aufnahmen.

Die Irrenklinik in Freiburg hat zum Aufnahmebezirk den übrig bleibenden südlichen Theil des Landes, d. h. die Kreise Freiburg, Lörrach und Waldshut, und vom Kreise Konstanz den Amtsgerichtsbezirk Radolfzell mit zusammen 440086 Einwohnern.

Sie vollzieht bei einer Plätzezahl von 110 im Jahre ca. 180 Aufnahmen (Durchschnitt der letzten 5 Jahre); im Jahre 1900 hatte sie 220 Aufnahmen.

Kranke, welche die Kliniken aus Platzmangel etwa nicht aufnehmen, fallen der Anstalt Illenau zu. Epileptiker können von den Kliniken und von Illenau direct nach Emmendingen überwiesen werden.

Man ersieht daraus, dass die Irrenkliniken ausser ihrer vornehmsten Aufgabe, der Lehraufgabe, noch einen erheblichen Theil der Landesirrenfürsorge übernehmen, da sie, trotz ihrer der Belegungsfähigkeit der Anstalt Illenau (500) gegenüber verhältnissmässig geringeren Bettenzahl (je 110), für eine Einwohnerzahl von 1 152 594, d. h. 61,7 % des Landes, als Aufnahmeanstalten dienen, und mit 494 Aufnahmen pro Jahr 56,2 % aller Aufnahmen in Heilanstalten vollziehen.

Die Anstalten Emmendingen und Pforzheim sollen, entsprechend ihrem vorwiegenden Character als Pflegeanstalten, frische Fälle aus dem offenen Lande nicht aufnehmen, haben also auch keinen Aufnahmebezirk, sondern nehmen den Heilanstalten Illenau, Heidelberg und Freiburg die chronisch gewordenen Fälle ab, und zwar Emmendingen, das als koloniale Anstalt im Pavillonstyl mit Ackerbaubetrieb erbaut ist, die noch geistig und körperlich rüstigeren und zugleich arbeitsfähigeren Kranken, und Pforzheim die Blödsinnigen hohen Grades, die Idioten und Kretinen.

Beide Anstalten nehmen ihre Pfleglinge nur nach diesen Krankenkategorien und aus dem ganzen Lande

*) Zur Frage der Kreispflegeanstalten nimmt der Verf. im übrigen, wie er bereits an andern Orten betonte, von jeher die gleiche Stellung ein wie früher Roller und neuerdings Kräpelin, Ludwig und mit ihnen wohl die meisten Psychiater.

auf, nicht unterschieden nach dem Heimaths- oder Wohnort.

Von der beabsichtigten Vereinheitlichung der Aufnahmequalification gleichmässig für alle Pflegeanstalten ist in der Denkschrift später die Rede.

Emmendingen vollzieht auf diese Weise bei einer Plätzezahl von 1025 im Jahr 168 Aufnahmen (Durchschnitt der letzten 5 Jahre); im Jahre 1900 waren es 170 Aufnahmen.

Pforzheim, bei einer Plätzezahl von jetzt 650, im Jahr 80,6 Aufnahmen (Durchschnitt der letzten 5 Jahre); im Jahre 1900 waren es 75 Aufnahmen.

Der ganze Gang der Irrenversorgung setzt aber nun, wenn er in Wirklichkeit umgesetzt und regelmässig eingehalten werden soll, voraus, dass

1. die Pflegeanstalten immer in der Lage sind, die angemeldeten Kranken aus den Heilanstalten in nicht zu langer Frist aufzunehmen, und dass

2. die Aufnahme- oder Heilanstalten immer über genügend freie Plätze verfügen, um jeweils dem Andrange der Aufnahmen von aussen stattgeben, d. h. die anstaltsbedürftigen Kranken aus dem offenen Lande unverweilt und ohne Zeitverlust, der ihre Aussichten auf Heilung nur beeinträchtigen und schwere Unzuträglichkeiten in der Aussenwelt schaffen würde, aufnehmen und einer sachgemässen Behandlung zuführen zu können, so dass dadurch — in Verbindung mit einem beschleunigten Aufnahmeverfahren, wie wir es in Baden besitzen, — die ungenügende, auch nur vorübergehende Unterbringung der Geisteskranken in Spitälern und städtischen Krankenhäusern und ebenso andere Inconvenienzen in der Verwahrung und Behandlung der Geisteskranken vor ihrer Anstaltsverbringung vermieden werden.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— 37. **Versammlung des Vereins der Irren-Aerzte Niedersachsens und Westfalens.**

Die Versammlung fand statt am 3. Mai ds. Jahres in Hannover, im Conferenz-Saale des dem Aerzteverein gehörigen Hauses. Dieselbe war sehr zahlreich besucht. Nachmittags 3 Uhr eröffnete der Vorsitzende Herr San.-R. Dr. Gerstenberg-Hildesheim die Versammlung. Nach Erledigung einiger geschäftlicher Angelegenheiten trat die Versammlung in die wissenschaftlichen Verhandlungen ein, dieselben füllten den ganzenNachmittag bis 7 Uhr aus, worauf sich die Theilnehmer bei einem gemeinschaftlichen Diner im Hotel Kasten vereinigten.

Vor Eintritt in die Tagesordnung theilte Herr Cramer-Göttingen mit, dass sich in Göttingen eine **forensisch-psychologische Vereinigung** constituirt habe. Interessenten wird der Beitritt zu derselben nahe gelegt.

Die wissenschaftliche Tagesordnung bot folgende Punkte:

1. Herr Bruns-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen.

Vortr. besprach an der Hand zweier Fälle, von deren einem das makroskopische Präparat demonstrirt wurde, die Diagnosenstellung des Kleinhirnabscesses. Die Symptome decken sich vielfach mit denen bei Erkrankungen des inneren Ohres, namentlich des hinteren Theils. Doch lässt sich heute die Diagnose sicherer stellen als dies Oppenheim angiebt. Differentiell wichtig sind die Erscheinungen, welche auf die Medulla obl. hinweisen, sowie ein Ausschluss einer Affection des Schläfenlappens.

Weiterhin demonstrirte Vortr. das Präparat eines subduralen Tumors, der die 2. und 3. Stirn- und die 1. Central-Windung comprimirt hatte. Der Tumor, wahrscheinlich sarcomatöser Natur, war fast hühnereigross.

Pat. hatte 1893 ein Trauma erlitten, ein Jahr später traten allgemeine epileptische Anfälle ein, deren Frequenz zunahm. Später (1895) zeigten die Anfälle partiellen Charakter. Objectiv war nichts nachweisbar, nur bestand eine geringe Glycosurie. Seit 1899 nahmen die nunmehr beständig partiellen Anfälle sehr zu. Dem Rath, sich operiren zu lassen, war P. nicht gefolgt, Tod 1900. Der Fall ist merkwürdig einmal durch die lange Dauer, ferner dadurch, dass der Tumor an der Stirnwindung allgemeine epileptische Anfälle zuerst hervorrief, und dadurch, dass erst Dysarthrie, Paraphasie erst ganz zuletzt bestand. Der Mann konnte bis in die allerletzte Zeit schreiben. Zuletzt bestand auch atactischer Gang. Die Allgemeinerscheinungen waren auffallend gering.

Es folgte die Besprechung eines Falls von Kleinhirntumor, der im Leben durch merkwürdige Gefässgeräusche und ausgesprochenes Hervortreten von Halbseitenerscheinungen ein Aneurysma einer art. basilaris vorgetäuscht hatte, und weiterhin eines Falls von Tumor der rechten Frontalwindung mit typischem Symptomcomplex. Der Fall ist mit Erfolg operirt worden.

Den Schluss bildete die Demonstration eines Präparats eines freien Cysticercus im 4. Ventrikel, der intra vitam diagnostizirt worden war. Die Symptome waren: heftige Schmerzen 2 — 3 Wochen lang, Schwindel bei Bewegungen des Kopfes, P. konnte sich nur langsam umdrehen, es bestand Doppelsehen. Kein Zucker im Urin. Wenn der P. den Kopf rasch drehte, so fiel er um und erbrach. Tod sehr plötzlich, vielleicht grade in Folge der freien Beweglichkeit des Cysticercus.

Discussion: Herr Löwenthal-Braunschweig erwähnt zum letzten Fall einen von ihm beobachteten ganz analogen Fall. Besonders characteristisch waren 2 Symptome: 1. Bild einer Erkrankung der hinteren Schädelgrube, aber passagerer Natur, wie sonst nur bei Hirnlues. 2. Die Erscheinungen bei Lageveränderung in ihrer Combination mit den ersteren Symptomen.

Herr Alt-Uchtspringe hat gleichfalls eine einschlägige Beobachtung zu verzeichnen, welche durch intermittirendes Auftreten von Zucker im Harn auf die Diagnosenstellung hinlenkte.

Herr Bruns (Schlusswort). Da Schwindel auch bei Kleinhirntumoren, deshalb hier kein ganz sicheres Moment für die Diagnose. Auch muss man an hydrocephalische Erscheinungen — hier fehlt freilich die starke Remission — denken, sowie an schwere Ménière'sche Symptome intermittirenden Charakters.

2. Herr Alt-Uchtspringe: Ueber den Einfluss der Kost auf die Anfälle der Epileptischen.

Toulouse und Richet, welche bei einfacher, salzarmer Kost eine Abnahme der Anfälle erreichten, erklärten dies damit, dass der im Körper entstehende Salzhunger eine begierige Aufnahme und Ausnutzung des nun in geringeren Mengen darzubietenden Broms verursache. Alt hat bei 24 Kindern in 3 Gruppen systematische Versuche angestellt, bei welchen unter Beobachtung eines genügend langen Zeitraums die Summe der Anfälle für vegetabilische Kost, für Milchkost und für gemischte Kost (mit Fleischdarreichung) notiert und mit dem Ergebniss bei gewöhnlicher, nicht abdosirter Kost verglichen wurde. Es zeigte sich dabei, dass die Anfälle bei gewöhnlicher Kost am zahlreichsten waren, sie verminderten sich schon während der genauen Kostdosirung, noch mehr in der vegetabilischen Periode, und am meisten und zwar sehr erheblich während der Milchperiode. Kinder, die sich bei vegetabilischer oder Milchkost nicht gut befanden, zeigten, wenn statt gewöhnlicher Milch sterilisirte gereicht wurde, gleichfalls ein den übrigen entsprechendes Resultat. Die Zufuhr von N. bei der Fleischkost kann nicht das wesentliche sein, da nach genauester Berechnung die Kinder bei Milchkost mehr N. erhielten. Auch hat Alt durch Darreichung von nucleinfreiem Eiweiss gezeigt, dass die Harnsäure keine Rolle dabei spielt: es fehlte hier eine Zunahme der Anfälle. Vortr. weist darauf hin, dass schon in früherer Zeit die Bedeutung einfacher Kost für die Epileptischen bekannt war. Eine genaue detaillirte Erklärung dieser Thatsache ist z. Z. noch nicht möglich, jedenfalls aber spielt nicht die Salzentziehung, sondern die Kostvereinfachung auch in den Versuchen der Franzosen die entscheidende Rolle.

Discussion: Herr Hesse-Ilten: fragt, ob man dabei Brom fortgeben könne, und ob die beschriebenen Verhältnisse auch für Erwachsene Geltung hätten.

Herr Alt: Die Kinder blieben bei ihrer Medikation. Ein Kind (seit 2 Jahren) ist geheilt. Exakte Versuche habe Vortr. bisher nur von Kindern, gleich gute Resultate aber auch bei Erwachsenen.

Herr Löwenthal-Braunschweig: hält die Angaben der Franzosen zunächst noch nicht für widerlegt: er habe bei Salzentziehung gute Erfolge gesehen unter Berücksichtigung individualisirender Behandlung.

Herr Alt (Schlusswort) betont, dass den Kindern in seinen Versuchen abgewogene Mengen Salz fortgegeben und doch die mitgetheilten Resultate, welche demnach nur auf die Vereinfachung der Kost bezogen werden können, erzielt sind.

3. Herr Snell-Hildesheim: Irrenhilfsvereine. (Erscheint auch als Originalartikel in dieser Zeitschrift).

Anknüpfend an die Thatsache des Vorurtheils, welches gegen aus Anstalten Entlassene ungerechter Weise besteht, betont Vortr. die Nothwendigkeit solchen Menschen Unterkunft, Unterstützung und Weiterhülfe zu gewähren. Vor allem ist die rasche Flüssigmachung von Geldmitteln nothwendig. Die Geschichte der Irrenhilfsvereine, welche Vortr. bespricht, zeigt die Nothwendigkeit dieser Institute. Die bestehenden Vereine in Deutschland, obwohl verschieden organisirt, haben alle den gemeinsamen Zweck, den Irren das Wiedereinleben in das praktische Dasein zu erleichtern oder überhaupt zu ermöglichen. Die Vereine haben z. Th. namhafte Summen aufgebracht. Eine weitere wichtige Aufgabe der Vereine besteht in der Aufklärung des Publikums über die Irrenpflege überhaupt. Es wird die Wichtigkeit der Einsetzung von Vertrauensmännern betont, welche einen gewissen Einblick in die Irrenpflege besitzen müssen. Die Müheverwaltung der Aerzte vermehrt sich dadurch, aber es wird ihre Institution sich in vielfacher Weise lohnen:

1. Wird die Ueberführung der Kranken in die Anstalt zur rechten Zeit erfolgen können.

2. Es wird die Gewinnung brauchbaren Wartepersonals eine Unterstützung erfahren.

Vortr. betont zum Schlusse, dass die Leitung der Vereine in der Hand der Anstaltsärzte liegen müsse.

Discussion. Herr Cramer-Göttingen betont die Nothwendigkeit der Gründung neuer Vereine und beleuchtet die Schwierigkeiten, welche besonders die Leitung derselben bieten werde, deren Trennung von den Anstalts-Direktionen er für nothwendig hält.

Herr Alt-Uchtspringe berichtet, dass in Sachsen die Gründung eines Vereins seit längerem geplant sei. Er bezeichnet die Fürsorge als eine Art erweiterter Familienpflege, welche, wenn die Behörden die nöthigen Geldmittel bereitstellen, es gestatte, eine Reihe von Kranken zu entlassen, welche jetzt als Ballast der Anstalten mit fortgeschleppt werden müssen.

Herr Gerstenberg-Hildesheim erinnert daran, dass früher ein Etat-Posten für entlassene Kranke vorhanden war. Die Behörden würden kaum sich bereit finden für entlassene Kranke die Fürsorge zu ubernehmen, es werde daher die Inanspruchnahme der öffentlichen Wohlthätigkeit geboten sein.

Herr Snell (Schlusswort) schlägt die Inanspruchnahme beider Theile vor.

4. Herr Cramer-Göttingen: Ueber krankkafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn.

Vortr. geht aus von der Beobachtung, dass eine Ueberschätzung der Bedeutung, welche die Vorgänge der Aussenwelt in Bezug auf die eigene Person haben, zu einer Trübung des Urtheils und einer Störung des Bewusstseins der Persönlichkeit führt. Die krankhafte Eigenbeziehung manifestirt sich in doppelter Art. In der ersten Gruppe von Krankheitsfällen besitzen die Kranken keine Einsicht in ihren Zustand (paranoischer Typus). In einer zweiten Gruppe sind die Kranken sich des Krankhaften ihres Zustandes bewusst (Typus vom Charakter der Zwangsvorstellungen). Es spielen derartige Zustände bei den verschiedensten Psychosen, so der Melancholie, dann der Paranoia (als Einleitung zur chronischen Form z. B.) eine Rolle, dann aber bei allen mit einer Störung des Bewusstseins einhergehenden Erkrankungen, also bei Epilepsie, Hysterie, im traumatischen Irresein, bei der Paralyse. Dazu kommen Zusände nervöser Natur: Neurasthenie, degenerative Psychosen, Nervosität, Schwindelerscheinungen und Schwerhörigkeit.

Für die Genese der krankhaften Eigenbeziehung zieht Vortr. die bei Gesunden zu beobachtende falsche Eigenbeziehung in veranschaulichender Weise heran und erläutert sie durch zahlreiche Beispiele. Den krankhaften Boden, auf dem die Erscheinung entsteht, können falsche Berichte über die Organgefühle, viscerale Veränderungen, Störungen des Bewusstseins, die Angst oder schweres Krankheitsgefühl abgeben. Es wird ein Gefühl von eigener Insufficienz die Folge sein, das in Folge der Projection der veränderten Empfindungen nach aussen, zu einer scharfen Beobachtung der Umgebung führt.

Vortr. erläutert die Prognose der krankhaften Eigenbeziehung, welche natürlich in unmittelbarer Beziehung zu der Psychose steht, bei der sie auftritt, sodass also die Genese einen Anhaltspunkt abgiebt für die Prognose.

Discussion. Herr Alt erwähnt im Anschluss an den vertigo ab aure laeso, die Platzangst etc., dass man in allen solchen Fällen, in denen es sich nicht um schwer degenerirte Personen handelt, also allen Grund zu genauer körperlicher Untersuchung habe. Man hat dann ev. neben der psychischen Beeinflussung noch den Vortheil der körperlichen Therapie.

Herr Bruns erwähnt die Zustände der Alkoholiker mit Eigenbeziehung und Zwangsvorstellungen.

Herr Berkhan-Braunschweig: Das sich Immer-wieder-Aufdrängen der Beziehungsvorstellung führt schliesslich zur Zwangsvorstellung.

Herr Cramer (Schlusswort) betont, dass eine analoge Erscheinung für die berührten Zustände der Höhenschwindel bei Leuten, welche erst im späteren Lebensalter zum ersten Mal auf hohe Berge kommen, abgebe. Hier ist die Unfähigkeit Höhendifferenzen abzuschätzen, welche aber nur als Angst zum Bewusstsein kommt, Ursache davon, dass sofort eine Beziehungsvorstellung zu dem Ort, an dem der Höhenschwindel empfunden wird, eintritt. Am gleichen Orte stellt sich daher später auch stets die Angst wieder ein.

5. Herr Weber-Göttingen: Ueber einige Neubauten der Göttinger Irrenanstalt. (Der Vortrag soll im Original in dieser Wochenschrift erscheinen).

Zur Unterbringung siecher, Dekubitus-verdächtiger Kranker wurde ein leichter Barackenbau als Lazarethabtheilung eingerichtet und dort alle derartigen Kranken, namentlich Paralytiker, Epileptiker pp. untergebracht. Die Station wird zur Hälfte als 2. Wachstation mit Nachtwache betrieben und dadurch das Vorkommen von Dekubitus, Verunreinigung pp. besser als durch künstliche Mittel vermieden.

Auf der bisher nur aus Einzelzimmern bestehenden Zellstation wurde durch Entfernung von 4 sog. Tobzellen Raum für einen Schlafsaal von 10 Betten gewonnen, in dem eine Anzahl bisher isolirter Kranker untergebracht werden konnte.

Vortr. betont, dass allenthalben das Bestreben nach Verminderung der Isolirung besteht, hält jedoch, wenigstens für die grösseren Anstalten mit chronischem Krankenmaterial, die völlige Abschaffung der Zellen für nicht zweckmässig. Nicht die grosse Zahl der wenn auch erregten Neuaufnahmen, wie vielfach behauptet wird, sondern gewisse chronische Kranke mit Neigung zu Erregungszuständen und Gewaltthätigkeiten machen die Beibehaltung einiger Zellen für Anstalten mit derartigen Kranken nothwendig.

(Autoreferat).

6. Herr Vogt-Göttingen: Ueber die Beziehungen zwischen Aphasie und Demenz.

Vortr. bespricht den Einfluss, welchen Ausfallserscheinungen im Gebiete der Sprache ausüben auf den normalen Ablauf des Denkprocesses. Es kommen hierbei natürlich nur Störungen im Sprachgebiet in Betracht, sofern dieselben nicht subcortical, sondern durch Läsionen höherer Gegenden bedingt sind. Einer allgemeinen Erörterung der Frage stellt sich die gerade hier so erhebliche Breite der individuellen Verschiedenheit hindernd in den Weg. Es liegt dies bekanntlich daran, dass das Verhältniss zwischen rein begrifflichem und sprachlichem Denken sich im einzelnen Falle ganz verschieden gestaltet. Es kommt hierbei ganz besonders in Betracht, dass demjenigen, der sprachlich denkt, sich die Gedanken schon in einer bestimmten Formulirung zu präsentiren pflegen und dass diese Formulirung der Worte zu geordneten Sätzen, der Lautcomplexe zu Worten im Sprachfelde vor sich geht. Es ist daran zu denken, dass der Wortbegriff selbst schon eine Associationsgruppe darstellt, sowie dass der psychische Werth des ganzen Sprachfeldes nur in seinen associativen Verbindungen liegt. Dies zeigen gerade die sog. unreinen Fälle von Aphasie am deutlichsten. Es lässt sich dies zuweilen sogar für den Unterschied feststellen, den der sprachliche Associationscomplex für concrete und abstracte Begriffe hat, analog wie Sachs dies für das normale Denken auseinander gesetzt hat. Eine weitere Beziehung ergiebt sich bei Herderkrankungen, welche in dem Gebiete der Sprache einen Ausfall er-

zeugen, durch die Fernwirkungen. Diese können natürlich nach irgendwo gelegenen Herden auftreten und äussern sich in einem Ausfall von Functionen benachbarter oder entfernt gelegener Rindenpartien oder aber in einer allgemeinen Functionsherabsetzung der Hirnrinde überhaupt, welche letztere bei dem gleichzeitigen Functionsausfall der sprachlichen, für das Denken und die Begriffsbildung nöthigen Componenten besonders leicht zu einer dauernden Schädigung führen und besonders deutlich in Erscheinung treten wird. (Schluss folgt.)

— **Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in München.** Nachzutragen ist dem Bericht noch, dass Prof. Westphal unter Vorführung zahlreicher Projectionsbilder über Syringomyelie, Prof. Hitzig über Störungen des Gesichtsfeldes bei Hunden sprach, denen das Hinterhirn entfernt worden ist. —

— Zur „**reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens**" wird der „Kölnischen Ztg." von sachverständiger Seite geschrieben: „Die bevorstehende oder wenigstens vom Reichstag lebhaft gewünschte reichsgesetzliche Ordnung des Irrenwesens scheint, nach dem, was bisher darüber geschrieben und gesprochen worden ist, auf die Festlegung der Aufnahme- und Entlassungsvorschriften für Geisteskranke, Epileptische und Idioten in und aus Anstalten und auf die Aufenthaltsverhältnisse solcher Personen in Anstalten sich beschränken zu wollen. Es wäre eine arge Versäumniss, wenn nicht gleichzeitig andere Unsicherheiten (z. B. die Krankencorrespondenz), insbesondere aber ein Missstand beseitigt würde, der in aller Stille immer weiter Platz greift. Das ist die Gepflogenheit von Provinzen und Communen, Pfleglinge der genannten Art, die der öffentlichen Fürsorge anheimgefallen sind, nicht in eigenen, sondern in privaten Anstalten unterzubringen. Das Gesetz vom 11. Juli 1891, welches die Unterbringung der Pfleglinge „in geeigneten Anstalten", nicht in eigenen, den Armenverbänden zur Pflicht macht, hat damit eine Lücke gelassen, durch die sich Missbräuche in die Handhabung des Gesetzes einschleichen konnten. Wenn man schon nicht so weit gehen will, wie im Anfang vorigen Jahrhunderts Professor Dr. Reil in Halle a. S., ein Bahnbrecher auf diesem Gebiete, der für Unterbringung der Geisteskranken u. s. w., auch der wohlsituirten, überhaupt ausschliesslich Staatsinstitute als zulässig betrachtete — diese Forderung ist neuerdings, auf dem Programm der Socialdemokratie wieder zutage getreten —, so muss man dieser Ansicht, soweit sie sich auf die der öffentlichen Armenpflege anheimgegebenen Personen erstreckt, voll und ganz beipflichten. Der Gründe sind es zu viele, als dass darüber gestritten werden könnte. Die Verbände vergeben die Lieferungen für ihre eigenen Anstalten auf dem Submissionswege, so dass sich jeder interessirte Steuerzahler um die Lieferungen bewerben kann; nicht so bei den von den Verbänden benützten und subventionirten Privatanstalten, welche die Lieferungen nach eigenem Belieben und nach Willkür ohne Ausschreibung übertragen. Da von manchen Verbänden bis tausend Pfleglinge in Privatanstalten untergebracht sind, so ist das keine geringfügige Sache (bei tausend Köpfen mindestens etwa 430000 M. Verpflegungsgelder pro Jahr!, dazu kommen die Subventionen für Neubauten und dergl.). Wenn ferner die Wartpersonalfrage, wie sattsam bekannt, einen schwierigen Punkt in der Irren-, Epileptiker- und Idiotenpflege bildet und immer bilden wird, so wird sie dadurch geradezu als nicht vorhanden ignorirt, dass die Verwaltungen ihre Schutzbefohlenen in Privatanstalten Pflegepersonen überantworten, die gar nicht in der Disciplinargewalt der öffentlichen Verwaltungen stehen; am schlimmsten macht sich das bei den kirchlichen Anstalten geltend, wo das Wartpersonal nicht einmal dem leitenden Arzte unterstellt ist, sondern kirchlichen Personen, die neben und über der Krankenpflege noch ganz andere Interessen bethätigen. Während in den Privatanstalten die Kranken besserer Stände nicht viel oder keine für den ökonomischen Betrieb der Anstalt nützliche Arbeit leisten, ist dies bei den mitverpflegten Provinzial- oder Communalkranken in hohem Maasse der Fall — ein Grund, bei der Frage der Entlassungsfähigkeit der letztern unbewusst eigennützige Motive mitspielen zu lassen. Bei all diesen Punkten — es könnten noch mehr angeführt werden — haben weltliche und kirchliche Privatanstalten voreinander nicht den geringsten Vorzug, ja die letztern stehen insofern zurück, als unvermeidlich der eigentliche Zweck der Anstalt leiden muss, wenn noch Sonderinteressen kirchlicher bezw. religiöser Natur vorgespannt oder auch nur angehängt werden. Dass der Betrieb einer kirchlichen Anstalt nicht auf Erwerb ausgeht, wird kaum jemand die Naivetät besitzen zu glauben, nämlich auf den Erwerb von Geldern, um die ganze Anlage ad majorem dei gloriam zu vergrössern, eine Neigung, unter der, wie verschiedene Beispiele gelehrt haben, der Betrieb der Krankenpflege ebenso leiden kann wie unter der Gewinnsucht eines einzigen weltlichen Besitzers einer Privatanstalt, der überdies fast ausnahmslos selbst Arzt ist und durch seine ärztliche Bildung und sein ärztliches Gewissen in allzu eigennützigen Bestrebungen corrigirt wird. — Zurückziehung der Provinzial- und Communalpfleglinge aus den weltlichen, Säcularisirung der kirchlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten ist die Aufgabe, vor welche sich die Reichsirrengesetzgebung wird gestellt sehen, will sie nicht nur halbe Reformen schaffen."

Referate.

— The Journal of mental science. April 1901. (Fortsetzung.)

John Baker schreibt über Epilepsie und Verbrechen. Nachdem er sich gegen das Bestreben von Lombroso und seinem Anhang, den Begriff der Epilepsie möglichst weit auszudehnen, gewendet hat, stellt er eine Statistik zusammen über die epileptischen Insassen von Broadmoor. Seit seiner Eröffnung 1863 bis Oktober 1900 wurden 2435 Kranke aufgenommen, 1860 M. und 575 Fr., darunter 139 = 7,5 % männliche und 26 = 4,5 % weibliche Epileptiker. Was die Art der von den Epileptikern verübten Verbrechen anbelangt, so handelte es sich in 117 Fällen um Verbrechen gegen die Person, woran 96 M. und 21 Fr. betheiligt waren, und in 48 Fällen um Verbrechen gegen das Eigenthum,

und zwar bei 43 M. und 5 Frauen. Das Verhältniss der Männer zu den Frauen bei den epileptischen Insassen beträgt 85 % M. und 15 % Frauen. Es ist also das Verhältniss der epileptischen Verbrecher zu den Epileptikern überhaupt bei weitem grösser als das der epileptischen Verbrecherinnen zu den Epileptikerinnen. Ferner übersteigt das Verhältniss der Männer, die ein Verbrechen im geisteskranken Zustand begehen, um vieles das der Frauen.*)

Nach der Art des Verbrechens überwiegen im Vergleich zu den Verbrechen gegen das Eigenthum die gegen die Person, wie folgende Notiz zeigt:

	M.	Fr.
Verbrechen gegen die Person . .	69 %	81 %
„ „ das Eigenthum	31 %	19 %

Bei den Verbrechen gegen die Person handelt es sich meist um Mord und Mordversuche, bei den Verbrechen gegen das Eigenthum um Diebstahl und Brandstiftung.

Die Erregung und psychische Störung kann beim Epileptiker eintreten: 1) vor dem Anfall, 2) nach dem Anfall, 3) zwischen den Anfällen und 4) als Ersatz für den Anfall. In allen 4 Stadien kann der Epileptiker gefährlich werden. Verf. bringt zum Beweise hierfür einige Krankengeschichten und bespricht im Anschluss daran verschiedene klinisch wichtige Erscheinungen. Die psychische Störung, die dem Anfall vorausgeht, äussert sich oft in einer unerklärlichen Furcht, in schreckhaftigen Illusionen und Halluzinationen, in Eifersuchtswahnideen, oder Verfolgungswahnideen. In anderen Fällen wiederum folgt auf den Anfall ein Zustand der Reizbarkeit und des sinnlosen Betragens, mit Neigung zu falscher Beschuldigung. Oft steigert sich der Zustand zur Manie oder zum furor epilepticus, mit dem Trieb zu Mord und Selbstmord. Oft endigt ein blosser Verdacht, der sich vor dem Anfall im Gehirn festsetzte, nach dem Anfall im furor mit einem Verbrechen. In einem solchen Fall besteht manchmal nicht einmal Verlust des Bewusstseins oder Gedächtnisses. Eigenthümlich sind Fälle wie der, wo die Mutter ein Stück Brot schneiden will, plötzlich einen Anfall bekommt und gleich darauf den Arm ihres Kindes abschneidet. Verf. macht noch auf die Schwierigkeit aufmerksam, Amnesie festzustellen, namentlich dann, wenn der Kranke bereits durch Freunde bearbeitet, oder durch das Gericht verhört worden ist.

Dass der Alkohol den an sich schon gefährlichen Epileptiker noch gefährlicher macht, ist bekannt.

Eine Abhandlung von Alexander Robertson beschäftigt sich mit den einseitigen Halluzinationen, ihrer relativen Häufigkeit, ihren Beziehungen und ihrer Pathologie. Während einseitige Halluzinationen schon lange die Aufmerksamkeit der Forscher auf dem Continente erregt hatten, konnte Verf. 1874, als er bei einem Kranken linksseitige Gehörshalluzinationen nachwies, nirgends in der englischen Litteratur eine Erwähnung dieser Erscheinungen finden. Darauf untersuchte Verf. 250 Kranke und fand bei 34 deutlich nachweisbare Illusionen oder Halluzinationen eines oder mehrerer Sinne. Von den 34 hörten 31 Stimmen. 29 hatten ausserdem Gesichtshalluzinationen. 2 litten an Geschmackstäuschungen, 1 Kranker an Geruchstäuschung. Diese 3 hatten keine Gesichs- und Gehörstäuschung. Ein Kranker hatte nur Geschmackstäuschungen, Geruch, Gesicht und Gehör waren intact. 14 klagten noch über Empfindungsstörungen. Von den 31 Fällen, in denen Gehörstäuschungen vorhanden waren, hörten 5 die Stimmen nur auf dem linken Ohr, 5 auf dem linken Ohr mehr als auf dem rechten, einer hörte sie nur rechts und zwei rechts deutlicher als links. Die andern Sinnestäuschungen waren beiderseitig. Nur einer sah die Gegenstände mit dem rechten Auge deutlicher als mit dem linken. Bei den 6 Fällen mit einseitigen Gehörshalluzinationen war in 5 Fällen der Alkohol die Ursache der Krankheit.

Seit 1874 hatte Verf. noch 15 Fälle von einseitigen Halluzinationen gesammelt. Immer war der Gehörsinn daran betheiligt, und zwar in 12 Fällen links. Verf. konnte keinen reinen Fall von einseitiger Gesichts-, Geschmacks- und Geruchstäuschung finden. 2 Kranke sahen die imaginären Gegenstände mehr mit dem einen als mit dem andern Auge.

Um sich das Entstehen einseitiger Sinnestäuschungen verständlicher zu machen, erinnert Verf. an einseitige Krankheitssymptome des Nervensystems überhaupt, wie sie in konvulsiven, choreatischen und paralytischen Zuständen vorkommen, z. B. bei der Hysterie.

Was die Pathologie anlangt, so sind bei den doppelseitigen Halluzinationen anatomisch bereits Veränderungen der Nerven oder Centren gefunden worden. Also, schliesst Verf., werden solche sich auch bei den einseitigen finden, wenn sie auch noch nicht nachgewiesen worden sind. Um sich das einseitige Entstehen der Sinnestäuschung zu erklären, nimmt Verf., an, dass das eine Centrum schwächer organisiert sei als das andere, seis von Geburt ab, oder durch Krankheit bedingt. Toxische Stoffe, wie der Alkohol, werden dann vor allem dies schwächer organisierte Centrum angreifen.

(Fortsetzung folgt.)

*) Vom 1. IV. 99 — 31. III. 1900 wurden in den englischen Gefängnissen 86 M. und 30 Fr. als geisteskrank begutachtet. Bei 6 Männern und nur bei einer Frau bestand Epilepsie.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 5 dieser Wochenschrift sind in dem Aufsatz von H. Schlöss: Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten durch ein Versehen der Druckerei einige störende Fehler enthalten. Auf pag. 55 soll es heissen statt „collegialischen Rath" „collegialen Rath", auf pag 56 statt „dieser 10 % kann ich" „dieser 10 % wegen kann ich" . . .

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt** Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel** Berlin, **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig, **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 9. 31. Mai. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der grossen Irrenanstalten.

Es ist sicher kein bloss akademischer Trieb gewesen, der vorstehendes Thema kürzlich in diesem Blatte wieder aufleben liess.*) Das Thema ist actuell und seine Besprechung drängt sich mancherorts wieder von selbst hervor, um so mehr als durch die Erfahrungen der letzten Jahre an den schon bestehenden grossen Irrenanstalten auch neue Gesichtspunkte sich zu ergeben scheinen.

Bisher wurde nur immer die Frage ventilirt, wie gross soll eine Irrenanstalt sein und zwar mit Rücksicht auf die einheitliche Leitung deutscher Art, wo in die Hand des Direktors die gesammte ärztliche und administrative Verantwortlichkeit in der Anstalt gelegt ist. Nun ergiebt sich das Interessante: Während über die Grösse der Irren-Anstalten hin und her disputirt wurde und wird, wurde die ganze Frage durch die Thatsachen überholt. Man frägt meist in praxi gar nicht mehr, wie gross darf die Anstalt sein, sondern wie gross muss sie sein, um den zahlenmässigen Anforderungen zu genügen. So entsteht eine tausender Anstalt um die andere, oder wird zum mindesten so angelegt, dass ihre Vergrösserung auf diese Zahl in Bälde zu gewärtigen ist. Eine Anstalt für 1000 zählt aber nach den bisherigen Begriffen gewiss schon zu den grossen, wenigstens soweit man damit die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit der einheitlichen Leitung sich damit bereits verbunden denkt.

Die stattliche Reihe dieser grossen Irrenanstalten, die in den letzten Jahren so unter der Hand entstanden ist, und man kann noch beifügen, sehr häufig noch dazu gegen die herrschende Anschauung der dabei thätigen ärztlichen Experten entstanden ist, ist es vor allem, die das Thema der grossen Irren-Anstalten neuerdings als aktuelle Frage an's Licht rückt.

Die organisatorischen Folgen der Anhäufung von Kranken an einer Stelle drängen sich vor und werden in Hinkunft vielleicht die ganze Frage dominiren. Damit ist meines Erachtens die ganze Angelegenheit in ein neues Stadium getreten, das noch mancher Besprechung warten wird, ehe die Lösung befriedigen dürfte. Die grosse Irren-Anstalt wird kaum mehr verschwinden, ich fürchte nur, dass

*) vergl. Nr. 4 dieses Jahrganges.

sie eher noch grösser werden wird, und erlaube mir, da ein illustrirendes Beispiel anzuführen.

Es dürfte wenig Länder geben, die ihr Anstaltswesen in den letzten Jahren mehr gehoben haben, als Nieder-Oesterreich, und der Opfersinn des Landes steht in bewunderswerther Parallele mit der hochliberalen Einsicht seiner Vertreter. Just zu derselben Zeit, als sie die neue Anstalt in Maueröhling eröffnet, legt sie den Grundstein zu einer neuen grossen Anstalt in Wien.

Die gegenwärtige Wiener Irren-Anstalt nimmt nur einen Theil der hauptstädtischen Kranken auf, und hat bei einem Krankenstand mit stets über 1000 schon jetzt eine jährliche Aufnahme von circa 13—1400 Zuwächsen zu bewältigen. In Hinkunft aber sollen alle von Wien kommenden Geisteskranken sammt den Geistessiechen in den Aufnahms-Bereich der Wiener Anstalt fallen, es ist also sicherlich nicht übertrieben, wenn zur Aufnahme aller dieser Geisteskranken ein Belegraum von 2000 Plätzen angefordert wurde.

Nun konnte für die neu zu errichtende Anstalt nur ein einziges Terrain von ca. 100 ha Grösse in Betracht gezogen werden, ja es musste schon als ganz besonderes Glück angeschlagen werden, dass im Gemeindegebiete von Wien ein so grosser Complex parcellenweise arrondiert werden konnte.

Ueber die Gemeindegrenze hinauszugehen war wegen der Erschwerung der Besuche und insbesondere wegen der ausreichenden Wasserbeschaffung unmöglich.

An den gesetzten Bedingungen, auf einem Platze Raum für 2000 Plätze zu schaffen, war schlechterdings nichts mehr zu ändern und die Experten für den Entwurf eines entsprechenden Bauprogrammes mussten sich damit abfinden.

Die erste Frage war natürlich auch hier, ob die genannte Zahl von Plätzen auf eine oder zwei Anstalten zu vertheilen sind. Vom ärztlichen Standpunkte wurden vorerst zwei Anstalten in's Auge gefasst und zwar eine Heil- und eine Pflege-Anstalt.

Aber die ärztlichen Forderungen wurden, wie es ja anderwärts auch geschieht, schliesslich aus administrativen und finanziellen Bedenken*), in zweite Linie gestellt und die Errichtung einer grossen Irren-Anstalt für 1700 Geisteskranke beschlossen, in welchem Sinne dann auch die betreffenden Entwürfe zum Bauprogramm formulirt wurden.

Das Hauptbedenken, das sich gegen die Errichtung einer Anstalt erhob, war natürlich die Unmöglichkeit in einer Person eine solche Anstalt ärztlich, wie bisher, zu übersehen und zu leiten.

Ein Ausgleich, ohne principielle wichtige Punkte aufgeben zu müssen, schien schwierig, aber bei der Uebertragung der Organisation für allgemeine Krankenhäuser auf die Irrenanstalt nach den bisherigen Erfahrungen in grossen Anstalten nicht unmöglich.

Unter diesem Gesichtspunkte bleibt auch für eine grosse Irrenanstalt eine einheitliche Leitung gewahrt, obgleich sich dieselbe fast ausschliesslich auf die administrativen Agenden wird beschränken müssen.

Die Irrenanstalt der allgemeinen Krankenanstalt immer mehr zu nähern, bildet das sichtliche Bestreben der Gegenwart und eines ihrer schönsten Früchte bildet wohl das Kranken-Zimmer mit der Bettbehandlung, um von anderen dahinzielenden Neuerungen abzusehen. Wie weitgehend diesem Zuge zu huldigen gesucht wird, beweist das Gefallen an gitterlosen Anstalten und die Opferwilligkeit mit der dieser „Gipfelpunkt" freier Behandlung zu erreichen gesucht wird. Obwohl noch kein Mensch von den Gittern einen Schaden erlebt hat, wohl aber dem Mangel derselben ein solcher von der Fama schon öfters in die Schuhe geschoben wurde. Was immer daran sein mag, wenn man schon solchen Details sogenannter krankenhausmässiger Vorzüge eine so hohe Wichtigkeit beimisst, so muss es meines Erachtens als ein um so bedeutenderer Fortschritt im Irrenanstaltswesen erachtet werden, wenn ein Hauptfactor der Kranken-Anstalt, ihre Organisation, für die Irren-Anstalten copirt wird.

Die Bedeutung eines solchen Novums in den herkömmlichen Anstaltsregeln und ihre Möglichkeit und Durchführung für die grossen Irrenanstalten, sollen die folgenden Zeilen darzulegen versuchen.

Da durch das Anwachsen der Anstalten in erster Linie die Leitung tangirt wird, so ist es nahe liegend, zuerst ihre Stellung näher zu untersuchen.

Nach der allgemeinen Stellung ihrer Leiter, theilen sich gegenwärtig die Anstalten in 3 Gruppen und zwar:

1. solche mit nur ärztlicher,
2. solche mit beamteter und endlich
3. mit gemischter Oberleitung d. h. paritätische Trennung der Verwaltung von der Direktion.

Wenn man den Werth einer Institution nach ihren Erfolgen misst und das ist speciell auf unserem Gebiete eine beliebte Methode, dann bietet gerade die Nebeneinanderstellung dieser Leitungen recht anschauliche Gegensätze.

*) Von den Verwaltungs- und Bauexperten wurde eine grosse als absolut empfehlenswerther hingestellt.

Es ist gewiss kein Zufall, dass dort, wo die grösste ärztliche Freiheit in der Leitung zu Tage tritt, wie in Deutschland, auch das Anstaltswesen auf der höchsten Stufe steht, ja allmählich anfängt für die ganze Welt mustergiltig zu werden und dass dort, wo der Arzt den geringsten Einfluss hat auf die Administration, wie in Frankreich, auch das Anstaltswesen die grössten Rückstände aufweist. Gerade letzteres Land ist ein schlagender Beweis für das eben Gesagte. Denn dasselbe Land, das heute trotz der Höhe seiner sonstigen culturellen Einrichtungen auf dem Gebiete des Anstaltswesens vielleicht um $^1/_2$ Jahrhundert zurückgeblieben ist, war einst der Lehrmeister auf demselben Gebiete. Freilich standen damals noch die Aerzte an der Spitze. Eine Ausnahme bildet die Familienpflege. Die Familienpflege der Stadt Paris steht auf voller Höhe und ist mustergiltig. Sie ist aber eine Schöpfung der Aerzte und von Haus aus ihrer ausschliesslichen Leitung übergeben worden.

Genau dasselbe lehrt die Geschichte Gheels und der Gheeler Irrenpflege. Mit dem Momente, als die Aerzte Leitung und Einfluss gewannen, mit dem Momente wurde das Gheeler System mustergiltig und nachahmungswürdig.

Diese Dinge muss man von Zeit zu Zeit wieder an's Licht rücken, sonst wird gegen dieselben gesündigt, und wen treffen die Sünden? Die Allerunschuldigsten und Allerärmsten. Die Kranken werden davon betroffen. Eines darf man nie vergessen. Für die Anstalten und das Anstaltswesen überhaupt bleibt nur der Kranke und s e i n e Bedürfnisse maassgebend und dort, wo diese Bedürfnisse nicht gewürdigt oder gewerthet werden können, geschieht es zum Schaden der Kranken und des Landes. Die Bedürfnisse der Kranken brechen sich ja schliesslich doch Bahn und dann setzt es neue Auslagen, Auslagen, die durch die nöthigen Modificationen geschaffen werden.

Wo immer die rein administrativen Bedenken allzu viel auf den ärztlichen Intentionen lasten, so viel ist sicher, es geschieht mehr zum Nachtheil als zum Nutzen des berechtigten und gesunden Fortschrittes.

Wie zwingend die Erfahrungen dieser Anschauung Recht geben, sieht man schön illustrirt an den österreichischen Militärspitälern. Bekanntlich haben in denselben die ärztlichen Leiter nicht die Commandogewalt gehabt und man hat stets eine Reihe von Gründen hierfür in's Feld geführt. Aber selbst der starre Militarismus hat sich zur besseren Einsicht bekehrt und neuestens den Aerzten die volle Leitung anvertraut.

Dieselbe Wandlung vollzieht sich ja auch in den Irren-Anstalten von Tag zu Tag mehr, und sicher wird auch da eines Tages der natürliche Zustand sich einstellen, wie er der Natur nach sich einstellen muss. Man kann ruhig der Entwicklung zusehen, was kommen muss, wird kommen, der Natur vermag sich niemand auf die Dauer zu widersetzen.

Es ist somit kein Zweifel, dass auch die Oberleitung der grossen Irren-Anstalten in der Hand einer Person sein und dass diese Person ein Arzt sein und bleiben soll.

Die Thatsache, dass das moderne Anstaltswesen von Deutschland ausgegangen ist, spricht nicht wenig auch zu Gunsten seiner organisatorischen Verhältnisse, anderseits aber müssen und können unbeschadet des allgemeinen Wirkens der Direktion eine Reihe von Detail-Agenden derselben abgenommen und einzelnen Personen zur vollen Verantwortung überlassen werden. Dahin gehören beispielsweise die Kassengebahrung, Verpflegskostenbetreibungen und ähnliches auf der rein administrativen, und ärztliche Behandlung der Kranken und dergleichen auf die ärztliche Seite. Wird die Direktion solcher Art erheblich entlastet, wird sie freier für die allgemeinen Fragen der Irrenpflege, der Hygiene des Anstaltswesens, der fortschrittlichen Reformen der Irrenfürsorge in und ausser der Anstalt etc.

Dass eine solche Wandlung in der Stellung der leitenden Personen einmal zu erwarten war, lehrt, wie schon S c h ä f e r hervorgehoben, auch die ganze Geschichte des Anstaltswesens, unaufhaltbare Zunahme des Anstaltswesens an In- und Extensität seiner Agenden.

Alle Irrenanstalten gingen anfänglich aus kleinen Verhältnissen hervor. Vorher musste oft bloss eine Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zur Aufnahme der Geisteskranken genügen. Die ehemaligen Abtheilungsvorstände wurden nicht selten die nachmaligen Anstaltsdirektoren. Was Wunder, wenn sich die A b t h e i l u n g s-Organisation mit der n o t h w e n d i g e n e i n h e i t l i c h e n Leitung auch auf die Irren-Anstalten übertrug und sich dieser Modus trotz des Weiterwachsens der Anstalten sich bis heute erhielt, aber endlich musste sich eine Grenze von selbst ergeben. In Praxi ist es ohnehin häufig nicht mehr der Fall, dass der Direktor auch zugleich der Chefarzt seiner Schützlinge sein kann, wenigstens nicht mehr an den Anstalten der Grossstädte, wo die Anstalten bereits längst über die Belegzahl 1000 hinausgewachsen sind. Uebrigens ist es nicht der Belegraum allein, der für Leitung und Uebersicht maassgebend ist, es kommt vielmehr noch der Wechsel und die Aufnahmezahl in Betracht.

Die hiesige Frauen-Abtheilung, deren Vorstand

Schreiber ist, hat einen durchschnittlichen Belegraum von 350 Kranken und einen jährlichen Zuwachs von ebensolcher Höhe (1901). Ich kann nur das Eine sagen, ich habe Mühe mich im Laufenden zu erhalten, so zwar, dass ich alle meine Kranken im Gedächtniss habe und ich jederzeit in der Lage bin über jede meiner Kranken Auskunft zu geben, ohne erst die Krankengeschichte zur Hülfe nehmen zu müssen, dass ich aber während der Urlaubszeit des Direktors, den ich als II. Arzt zu vertreten habe, jedesmal eine Lockerung meiner Uebersicht bemerke, trotzdem ich fast jeden Tag Visite auf meiner Abtheilung mache.

Meines Erachtens ist es schon unmöglich vollen Einblick in die Kranken zu gewinnen, wenn man nicht mehr in der Lage ist, die Kranken auch selbst aufzunehmen oder doch eingehender zu untersuchen. Aus der geschriebenen Kranken-Geschichte allein vermag man das niemals. —

Ich kann mir dennoch nicht vorstellen, wie es denn möglich wäre das 3fache in dem Detail zu umfassen, wie es das bisherige Statut verlangt, wonach die Leitung der Anstalt **in allen** ärztlichen Angelegenheiten dem Direktor übertragen ist.

Die Zeit, wo dieser Anforderung entsprochen werden konnte und musste, ist längst entschwunden und sie scheint um so weiter zurückzuliegen, als seither so vieles im Anstaltswesen anders geworden ist.

Einstens war der leitende Arzt nicht selten der einzig psychiatrisch gebildete Arzt und zudem meist Autodidact — so lange es keine Kliniken gab. Heute hat jede grössere Anstalt einen ganzen Stab vorgebildeter Psychiater und ältere Anstaltsärzte, die auch mit dem Anstaltswesen wohl vertraut sind. Damals erschwerten die Direktion auch noch keineswegs andersartige Thätigkeiten. Heute ist dies anders.

Die umfangreichen Anstalten, die vermehrte Administration, die vielen schriftlichen Arbeiten etc. nehmen nach und nach die ganze Person des Direktors, besonders in Grossstädten, völlig und derart in Anspruch, dass ihm überhaupt für eine ärztliche Thätigkeit keine Zeit mehr übrig bleibt.

Andrerseits war auch die ärztliche Thätigkeit in der Zeit des Restraint und der ersten Zeit des no-Restraint nicht so vielseitig und die Behandlung einfacher als heute. Wie hat sich dagegen Behandlung, Pflege im modernen Sinne mit dem gesammten Rüstzeug der heutigen Medicin und dem freien individualisirenden Vorgehen bei jedem Einzelnen gehoben und verbreitet. Sie erfordert den grössten Fleiss und ungeheure Belesenheit, um sich im Laufenden zu erhalten. Wenn grössere administrative Agenden die Hingabe einschränken, ist es unmöglich, dieser Pflicht im ganzen Umfange gerecht zu werden. So drängt sich von allen Seiten bei grossen Anstalten die Unhaltbarkeit der herkömmlichen Anstaltsordnung hervor und verlangt eine entsprechende Reform und Arbeitstheilung.

Man könnte einwenden, dass gerade in Irrenanstalten die ärztliche und administrative Seite sich schwer trennen lässt, dass beide auf's innigste zusammen hängen. Gewiss, wenigstens mehr als in einem gewöhnlichen Krankenhause. Aber damit ist nicht gesagt, dass sie sich nicht soweit trennen lassen, dass sie unter allen Umständen auch von einer und derselben Person besorgt werden müssen. Nach meiner eigenen Erfahrung geht dies ganz wohl. Diejenigen Agenden und Anordnungen administrativer Art, die direct mit der Behandlung zusammenhängen, lässt man auch ruhig vereint in der Hand des behandelnden Arztes, wie z. B. die Bewilligung des Ausganges, die Kostverschreibung, Versetzung des Kranken und des Pflegepersonals innerhalb seiner Abtheilung und dergleichen. Während hingegen alle Veränderungen, die Auslagen setzen, wie Neuanschaffungen, Adaptirungen, Aenderungen in der Hausordnung und ähnliches selbstverständlich in das Ressort des Directors fallen.

Ich bin überzeugt, dass der Direction eine Reihe von Agenden werden abgenommen werden können, ohne deren Autorität zu gefährden, und ich bin weiters überzeugt, dass sich diese besser den Abtheilungsvorständen zutheilen lassen, und dort die Berufs- und Schaffensfreude erhöhen werden, abgesehen davon, dass damit zugleich eine Menge anderer störender Quellen verstopft werden, die Friede und Eintracht nicht gerade fördern.

Die Direction bleibt damit vor allem die Uebersicht über die ganze Anstalt gewahrt, die so bei der Ueberlastung mit Detailarbeit manchmal verloren geht.

Dagegen braucht die Direction die Uebersicht über den Kranken allein nicht, die es in grösseren Anstalten mit grossem Wechsel so wie so nicht mehr hat und naturgemäss nicht haben kann.

Die Irrenanstalten gehen, ob man will oder nicht, den Weg des Krankenhauses. Und was immer in dem Sinne an der Irren-Anstalt gemodelt wird, wird durchdringen und Bestand haben, das zeigt klar und deutlich ihre Geschichte. Auch in unserer Frage ist dies nicht zu verkennen.

Auch in den grösseren Krankenhäusern waren in früheren Jahren, und in den kleineren sind noch heute die Leiter auch die behandelnden Aerzte. Während in den grösseren Krankenhäusern die Directoren einfach Administratoren geworden sind. Die Wendung

hat sich sang- und klanglos vollzogen, als natürliches Gebot und wenig anders wird es in den Irren-Anstalten der Grossstädte werden.

Wie die Irren-Anstalten der Grossstädte immer durch ihre Grösse von den andern sich unterscheiden, und nicht durch eigenen Trieb, sondern durch den Zwang der Verhältnisse dazu genöthigt wurden, so wird das auch in Hinkunft kaum anders werden.

Niemals werden die Kranken der Stadt einfach auf's Land verlegt werden können, sie müssen und werden zum Grosstheil in deren Stadt, oder deren unmittelbarer Nähe wenigstens untergebracht werden, und die Anzahl der Kranken wird sich zunehmend vergrössern.

Man hat vor gar nicht zu vielen Jahren noch 600 als die Maximalzahl des Belegraumes einer Irren-Anstalt hingestellt, aber in Anbetracht der einheitlichen administrativen und ärztlichen Leitung. Ich halte selbst diese Zahl schon für zu gross, aber eine noch grössere Anzahl, selbst ohne grossen Wechsel, lässt sich von einer Person unmöglich mehr im detail so überblicken, dass sie überall spontan bald da bald dort helfend oder corrigirend eingreifen könnte. Diese Anschauung wurde auch, soweit ich zurückblicke, nirgends bekämpft, und trotzdem sind die Anstalten gewachsen trotz aller ärztlichen Bedenken, ja sogar auf dem Boden selbst, wo die litterarischen Vorfechter solcher Prinzipien gesehen sind. Wie kommt dies? Einfach deshalb, weil die Wucht der Verhältnisse es erzwungen hat und unabwendbare Thatsachen über Theorie und Praxis einfach hinweggeschritten sind.

So sind die Anstalten bis 1000 und 1500 entstanden und so wird in Wien eine solche noch darüber hinaus entstehen und in Zukunft? wird es nicht weniger der Fall sein und vielleicht entstehen einmal dort, wo die örtlichen Verhältnisse nur nach einer Seite hindrängen, eben solche Irrenanstaltsviertel, wie heute schon Krankenhausviertel darunter entstanden sind.

Wie immer man die Frage der grossen Irren-Anstalt dreht und wendet und von welcher Seite immer man die modernen Anstaltsverhältnisse mit den alten starren centralistischen Irrenhausorganisationen in Einklang zu bringen sucht, immer kommt man zu dem Resultat: Es geht nicht mehr, die Irrenanstalten wachsen und werden wachsen und ihre Agenden lassen sich immer weniger nach dem Style der früheren, kleinen Anstalten bewältigen. Gerade das bezeugen auch die Geständnisse Schäfer's und machen seine Veröffentlichungen hierüber doppelt werthvoll. Schäfer hat nicht blos als erster den Muth gehabt, die Unzulänglichkeiten der alten Irrenanstaltsordnung aus eigener Erfahrung zu erhärten, sondern hat andererseits auch in der verantwortungsvollen Uebertragung der ärztlichen Behandlung auf die Abtheilungsleiter practisch bereits den Weg gewiesen, wie wenigstens nach der rein ärztlichen Seite eine Abhilfe angebahnt werden kann.

Eine Anschauung für die, wie schon früher erwähnt, auch anderen Orts dieselben günstigen Erfahrungen zu sprechen scheinen.

Bis vor etwa 2 Dezenien konnte auch in der Wiener Irren-Anstalt die Direction gemäss dem Anstalts-Statute noch eine gewisse ärztliche Thätigkeit entfalten. Ja selbst der 1895 verstorbene Director Gauster hat noch öfters eine ärztliche Visite geleitet und hin und wieder einen Patienten genauer untersucht und ärztlich aufgenommen, klagte aber wiederholt, dass ihm eine ärztliche Thätigkeit immer mehr unmöglich wird infolge des Anwachsens der administrativen Agenden, zuletzt musste er sich völlig auf die Administration beschränken.

Seither ist die administrative Arbeitslast wiederum erheblich gestiegen, und musste demgemäss die ärztliche Selbständigkeit der Abtheilung sich ausgestalten.

Während in früheren Jahren wiederholt ärztliche Anträge, wie Entlassung, Ausgänge, Beurlaubung von Patienten der einzelnen Abtheilungsleiter persönlich von der Direction überprüft, modifizirt und auch zurückgestellt wurden, geschieht dies in den letzten 5—7 Jahren höchst selten und es geht eben so gut wie früher, wenigstens ist niemals hieraus irgend ein Schaden entstanden.

Ich glaube solche practischen Ergebnisse sprechen mehr als noch so vorzügliche Abhandlungen und Gegenstände wider die ärztliche Selbständigmachung der einzelnen Abtheilung.

Aus demselben Grunde braucht wohl auch die Furcht vor den grossen Anstalten ärztlich keinen so hohen Grad anzunehmen, dass man unter allen Umständen nur kleinere Anstalten befürworten könnte, ohne jede Rücksicht auf die Vortheile und Einrichtungen in anderen Gebieten des Anstaltswesens.

Fasse ich meine Anschauungen zusammen, so glaube ich, dass sich das Anwachsen der Irren-Anstalten nicht mehr aufhalten lässt, namentlich nicht in den Grossstädten und dass jedes Andrängen dagegen nutzlos ist, zumal der herrschende Pavillonstyl durch das bequeme Dazubauen von einem Pavillon nach dem andern eine directe Verführung dazu abgiebt.

Wir sollen daher, um eine einheitliche administrative Oberleitung weiter zu ermöglichen, eine zweckentsprechende Reorganisation nach dem Muster der allgemeinen Krankenhäuser anstreben, bei der die administrative Oberleitung der Direction gewahrt bleibt und dafür unter anderem die Abtheilung einheitlicher und selbständiger werden soll.

Dr. Starlinger-Wien.

Die Irrenfürsorge in Baden.

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*-Illenau.

(Fortsetzung).

Nur bei einer solchen Regelung des ganzen Verfahrens wird allen Ansprüchen an die staatliche Irrenversorgung sowohl hinsichtlich des Wohls und der Heilung der Kranken selbst, als auch hinsichtlich des nöthigen Schutzes der Gesellschaft vor den Krankheitsäusserungen der Irren Rechnung getragen.

Leider sind wir von diesem Ziele zur Zeit weit entfernt. Und der einzige Grund dieser Erscheinung ist die relative und absolute Ueberfüllung aller bestehenden staatlichen Irrenanstalten, sowohl der Heil- und Aufnahmeanstalten als der Pflegeanstalten.

Die Anstalt bei Emmendingen, auf die man seiner Zeit alle Hoffnung auf Aufhebung jeder Noth in der Irrenversorgung des Landes setzte, ist ausgebaut auf 1000 Plätze und ist über diese Zahl hinaus voll besetzt. Die Anstalt Pforzheim, deren Schliessung mit der Erbauung von Emmendingen bezweckt war, besteht mit ihren veralteten und ungenügenden Einrichtungen weiter und ist sogar, um der allgemeinen Nothlage zu begegnen, durch neue Plätze vermehrt worden. Beide sind ständig überfüllt, können von ihrem Krankenmaterial wenig entlassen und daher ihrem ersten Zweck, die Heilanstalten zu entlasten und aufnahmefähig zu erhalten, kaum oder wenig genug nachkommen.

Die Aufnahme- und Heilanstalten selbst aber sind ebenfalls dauernd überfüllt, können nur ungenügend evacuiren d. h. von ihren chronischen Kranken an die Pflegeanstalten abgeben und sind dadurch in ihrer Hauptaufgabe, die frischen Kranken aus dem Lande aufzunehmen, dauernd und in erheblichem Maasse behindert.

So bestehen in allen Anstalten alle die Missstände, die eine anhaltende Ueberfüllung mit sich bringt, unvermindert fort.

Um die Verhältnisse des Einzelnen darzulegen, so sind die Kliniken, welche über nominell 100 bis 110 Plätze verfügen, zur Zeit absolut und relativ überfüllt und vermögen ihren Frischaufnahmen kaum zu genügen. Manche Kranke müssen wohl rascher wieder entlassen werden, als es der Kurplan wünschenswerth machte, nur um Raum zu schaffen. Und doch sollte jede der Kliniken, um ständig für frische Fälle gerüstet zu sein, vornehmlich auch des Lehrzwecks wegen, stets einige Plätze frei haben und daher nicht über einen Bestand von 100 Kranken anwachsen.

Nicht besser steht es mit Illenau. Bei ihren nominell 500 Plätzen ist die Anstalt oft nicht gerade absolut, immer aber relativ überfüllt, insofern ganze Abtheilungen andauernd einen zu hohen Stand aufweisen, besonders auf der Frauenseite, und namentlich in den für den Betrieb wichtigsten Stationen: in den Beobachtungs- und unruhigen Abtheilungen. Der Ersatz durch die Neubauten in Illenau wird hierin nur vorübergehend Erleichterung schaffen.

Wollten wir aber erst für Illenau Verhältnisse herrichten, wie sie nach hygienischen und anstaltstechnischen Grundsätzen gefordert werden, so würden wir nach einer jüngst hierüber ausgeführten Ausmessung und Berechnung nur noch über 420 Plätze verfügen dürfen; die Anstalt wäre also mit ihrem gegenwärtigen Bestande von nominell 500 Plätzen schon um 80 Kranke übersetzt und auch nach Eröffnung der Neubauten mit zusammen etwa 60 Plätzen würde das Mehr über das zulässige Mass immer noch 20 betragen. Wir hätten also in Wirklichkeit trotz der baulichen Erweiterung noch nicht einen neuen Platz gewonnen, sondern nur bis jetzt Fehlendes zum Bestand ergänzt. Dabei ist noch gar nicht mitgerechnet, dass einzelne Abtheilungen Illenaus veraltet sind und eigentlich schon lange geräumt und aus dem Belegplan hätten ausgeschieden werden sollen. Rechnet man aber noch etwa 20 Plätze ab, die in der ganzen Anstalt im Interesse eines ungehinderten Betriebs zu ständiger Verfügung für Neuaufnahmen und für momentane Verlegungen frei stehen müssten, so kommen wir für Illenau bei normalen Verhältnissen zu einer Belegziffer von höchstens 400 Plätzen, worin die Plätze der Neu- und Umbauten mitgerechnet sind. Die jetzige Belegziffer wäre somit immer noch um 40 zu hoch gegriffen.

Auch Emmendingen ist absolut und relativ mit 1028 Kranken als für normale Verhältnisse zu reichlich belegt zu bezeichnen, da die sog. koloniale Behandlung der Kranken eine besonders freie Bewegung und leichte Verschiebbarkeit in den einzelnen Pavillons erfordert. Wenn wir unter der heutigen Raumbedrängniss sämmtlicher Anstalten einstweilen an der Fortdauer der z. Zt. bedeutend erhöhten (und vielleicht noch zu erhöhenden) Aufnahmekraft von Emmendingen festhalten müssen, so wird dafür eine künftige Normirung an Emmendingen nicht über 920—950 Insassen zutheilen dürfen, also dessen jetzigen nominellen Bestand (von 1025) für später um ca. 100 Köpfe entlasten müssen.

Auf die Pforzheimer Verhältnisse einzugehen, halten wir für zwecklos, da unzweifelhaft feststeht, dass diese Anstalt durch eine neue ersetzt werden muss. Auf den schwierigsten und entsagungsvollsten Posten gestellt, wird Pforzheim bis zur Eröffnung seines Ersatzbaues wie bisher seine Schuldigkeit thun.

Aus diesen Angaben geht hervor, dass die in Betracht kommenden Anstalten bei ihrer gegenwärtig angenommenen Belegziffer (ganz zu schweigen von dem noch höheren Krankenstande) über die nach richtigen hygienischen Grundsätzen angestellte Berechnung hinaus (die Kliniken zusammen um 20, Illenau um 40, Emmendingen um 100) insgesammt um 160 Plätze übersetzt sind.

Der geschilderten, ungünstigen Entwicklung der Irrenfürsorge und des Anstaltswesens unseres Landes hat sich die Grossh. Regierung zu keiner Zeit verschlossen. Noch während des Ausbaus von Emmendingen ist sie mit neuen Erwägungen und Vorschlägen über die Vervollkommnung und Erweiterung der staatlichen Anstaltsfürsorge für die Geisteskranken hervorgetreten.

Zunächst war nur ein Neubau für die veraltete Pforzheimer Anstalt in Gestalt einer grossen Landesanstalt in Aussicht genommen. Die Verhandlungen der Landtagssession 1899/1900 haben aber allerseits rasch die Ueberzeugung gefestigt, dass damit allein keine, auch nur für die nächste Zeit ausreichende Abhilfe der drängenden Nothlage geschaffen wäre. Es wurde daher damals im Landtage die Resolution gefasst: „Die Anstalt in Pforzheim sei aufzuheben und zum Ersatze sollen zwei Anstalten errichtet werden, die eine in Pforzheim oder sonst irgendwo im Unterlande, die andere im Landeskommissariatsbezirke Konstanz".

Für die Belegung der geplanten Neuerstellungen ergiebt sich nun aber aus den vorstehenden Ausführungen das Resultat, dass neben dem Ersatze für die 650 Plätze der Anstalt Pforzheim, wenn man zunächst nur die bestehende Ueberfüllung der vorhandenen Anstalten um 160 Plätze beseitigen will, auf eine Schaffung von neuen 160 + 650 = in Summa 810 Plätzen zu dringen wäre.

Diese 810 Plätze, die in ihrer Zahl für sich allein ohne alles weitere eine voll ausgebaute und besetzte Anstalt darstellen, sind also in den neuen Anstalten als von vornherein besetzt anzunehmen.

Es ist aber sofort klar, dass mit der Beseitigung der Anstaltsüberfüllung und mit der Neugründung des Ersatzes für die Pforzheimer Anstalt d. h. mit der Beschaffung von 810 neuen Anstaltsplätzen nur dem Allernöthigsten abgeholfen wäre. Unzweifelhaft würde eine solche Raumbeschaffung, die zwar einestheils veraltete Einrichtungen hinwegräumt und ersetzt, anderntheils einen vorhandenen Nothstand aufhebt, nicht aber zugleich auch ausserdem weitere, neue Werthe in die Irrenversorgung einführt, noch nicht einmal allen gegenwärtigen, geschweige denn den zukünftigen Anforderungen an die Irrenversorgung gerecht werden.

Wie aus vielen Anzeichen hervorgeht, sind seither in unserem Lande manche Bedürfnisse in der Anstaltsversorgung der Irren nicht befriedigt worden — aus Platzmangel in den bestehenden Anstalten; sie können also auch künftighin, bevor nicht Anstaltsplätze in grösserer Anzahl neu beschafft werden, nicht befriedigt werden, so dass wir auf so lange mit einer zunehmenden Stagnation in der Irrenversorgung zu rechnen haben werden.

Diese latente, ungetilgte Zahl von Geisteskranken, welche der Anstaltspflege bedürfen, dieselbe aus Platzmangel aber entbehren müssen, kann aus verschiedenen Ueberlegungen hergeleitet und genauer abgeschätzt werden:

1. Wir ziehen zunächst vergleichsweise Erfahrungen aus dem Irrenwesen der Rheinprovinz, als einem Lande, dessen allgemeine Erwerbs- und Lebensverhältnisse im Wesentlichen mit unseren badischen übereinstimmen werden, zur Betrachtung heran.

Nach einer dortigen sehr interessanten und eingehenden statistischen Untersuchung, zum Theil in der „Denkschrift betreffend die Fürsorge für die Geisteskranken und Epileptiker der Rheinprovinz" enthalten, zum Theil neueren Mittheilungen verdankt, sind dort die Anforderungen an die Anstaltsversorgung der Irren in den letzten 8—10 Jahren bedeutend grösser geworden. Die

jährliche Zunahme in den Anstalten an Kranken, und zwar bloss der Ortsarmen und Landarmen unter ihnen, betrug dort nämlich durchschnittlich mehr als 6% der Durchschnittsbelegung des Vorjahres und zwar 173—359 oder im Mittel aus den 7 Jahren 1893 bis 1900 = 242 Kranke im Jahr bei einer Bevölkerungsziffer von jetzt 5759798.

Da diese Tendenz auch bis in die letzten Jahre anhielt, so wird sie auch für die nächst kommende Zeit als wirksam angenommen werden dürfen.

Wenn wir diese Berechnung nun auf unsere Anstaltsversorgung und unsern Bevölkerungsstand von 1867944 (Volkszählung vom 1. Dezember 1900) übertragen, so ergäbe sich darnach ein jährlicher Zuwachs von 78 Kranken in unsern Anstalten.

Da diese Ziffer nur die Zunahme der auf öffentliche Kosten Verpflegten in sich begreift, in der fraglichen Zeitperiode offenkundig aber auch die Zahl der in den Anstalten verpflegten vermöglichen Kranken erheblich zugenommen hat, so wird dieselbe bei uns als Mindestausdruck des jährlichen Mehrbedarfs an Anstaltsplätzen für die nächste Zukunft in Rechnung gezogen werden dürfen.

2. Von dieser vergleichenden Darstellung gehen wir nun auf die realen Verhältnisse der Entwicklung in unserer badischen Irrenfürsorge über.

Bei dem Ausbau der Anstalt Emmendingen hat sich gezeigt, dass jede fertiggestellte und neu eröffnete Abtheilung (Pavillon), auch wenn es sich um grössere Bauten von $2 \times 50 = 100$ Plätzen handelte, in $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr voll belegt war, wie denn auch in $^3/_4$ bis 1 Jahr die durch die Eröffnung dieser Bauten erhaltene Erhöhung der Belegziffer der ganzen Anstalt jeweils wieder durch den Andrang der Aufnahmen überholt wurde, ohne dass die Landesirrenversorgung dadurch jeweils und bis jetzt dauernd entlastet worden wäre.*) Zugleich ist statistisch bemerkenswerth, dass in dieser Anstalt, die damals durch ihre fortschreitende Erweiterungsfähigkeit gleichsam als Maassstab für unsere Irrenversorgung dienen konnte, der jährliche Zuwachs im Krankenstande nach den ersten Jahren ihres Bestehens, also in den Zeiten der ruhigeren Entwicklung (1892—1897) zwischen 59 und 119 schwankte. Das Mittel daraus ergiebt, wie unter 1. aus einer procentualen Uebertragung aus fremden Verhältnissen, so hier auf rein empirischem Wege innerhalb unserer eigenen Irrenversorgung die Zahl 78.

So darf sowohl nach allgemeiner Erwägung als nach specieller Erfahrung diese Zahl als Index für das jährliche Mehrbedürfniss von Anstaltsplätzen in der Landesirrenfürsorge gelten.

Dieselbe Tendenz ist übrigens auch seit 1897 trotz erschwerter Aufnahmeverhältnisse wirksam geblieben. Da seither Neubauten nur mehr in mässigem Umfange zur Ausführung kamen, musste der Mangel an Raum nach Möglichkeit durch Mehraufstellung von Betten ausgeglichen werden, was natürlich nur unter Steigerung der schon vorhandenen Ueberfüllung geschehen konnte. Gerade auf Grund dieser letztern Thatsache dürfen wir aber das in der Zahl 78 gefundene Mehrbedürfniss an Anstaltsplätzen im Jahr auch für die Zukunft geltend machen und haben, da die vorhandenen Anstalten nicht mehr erweiterungsfähig sind, die danach erforderlichen Plätze in den Neuerstellungen vorzusehen. (Fortsetzung folgt.)

*) Vergleiche hierüber Dr. Max Fischer, „Das Anwachsen der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen". (Aerztliche Mittheilungen für Baden 1897. Nr. 24.)

Ein Wort zur Recension des Herrn Gaupp über die „Denkschrift über die badische Irrenfürsorge".

Nur, weil die obige Recension zu einigen sachlichen Bemerkungen und Richtigstellungen Anlass giebt, treten wir derselben etwas näher, unter der Erklärung zum vornherein, dass wir nur auf das Nöthigste eingehen und begreiflicherweise uns versagen, auf die einzelnen mehr persönlichen kritischen Ausfälle irgendwie zu antworten.

1. Zunächst müssen wir die Vorstellung zerstören, als ob das ganze Programm „ohne jede Mitwirkung der Kliniker" behandelt worden sei. Bei den grundlegenden Sitzungen über die Abgrenzung der Aufnahmebezirke und die ganze Organisation der Landesirrenfürsorge waren dieselben vertreten und haben ihren Standpunkt gewahrt, wie auch ihre späteren schriftlichen Kundgebungen gewürdigt wurden.

Mit dem regierungsseitig gemachten Vorschlag über die Vertheilung der practischen Aufgaben unserer psychiatrischen Asyle haben sich die klinischen Collegen übrigens früher durchaus einverstanden erklärt.

Warum dieselben nach den entscheidenden Vorberathungen bei der Abfassung der Denkschrift nicht beigezogen wurden, entzieht sich unserer Kenntniss.

Vielleicht hielt das Ministerium, dem die Landesirrenfürsorge obliegt — die Kliniken ressortiren in ein anderes Ministerium — die Sachlage für genügend geklärt und, zum Unterschied von Herrn Gaupp, die ernannte Commission zur Lösung der ihr gestellten Aufgabe zureichend.

2. Es wird jetzt so hingestellt, als ob erst der Heidelberger Nothruf vom Jahre 1897 nöthig gewesen wäre, um die Lage der badischen Irrenfürsorge und die Nothwendigkeit neuer Anstalten klar zu legen. Niemandem konnten aber die Verhältnisse und Bedürfnisse der Landesirrenfürsorge bekannter und vertrauter sein, als den mit ihr durch die tägliche Erfahrung aufs engste verbundenen Leitern der öffentlichen Anstalten. Sie konnten der Belehrung darüber entbehren. Schon das Weiterbestehen von Pforzheim war die beständige und selbstverständliche Mahnung zu neuen Projecten.

Auf ein öffentliches Hervortreten aber konnten sie im Vertrauen auf die ihrer Aufgabe bewusste, immer thatkräftige Regierung verzichten.

Zu der Zeit des Heidelberger Vorstosses aber war noch eine dringlichere Aufgabe als ein Neubau zu erfüllen. Wenn Herr Gaupp aus eigenem Erleben mit unseren Verhältnissen bekannter gewesen wäre, hätte ihm dieser Zusammenhang nicht entgehen können. Es war zuerst Emmendingen auszubauen und gerade noch mit den für den Gesammtbetrieb wichtigsten Errungenschaften zu vervollkommnen. Vor allem aber musste, was über dem Neubau Emmendingen's bisher hintangestellt worden war, nachgeholt werden, d. h. es mussten den vorhandenen Anstalten die für ihre weitere gedeihliche Wirksamkeit unentbehrlichen und unaufschieblichen Existenzbedingungen in Gestalt der allernöthigsten Reformen geschaffen werden. Dieser sich vordrängenden Aufgabe ist denn auch die Regierung in zielbewussten Projecten und erfolgreichen Thaten gerecht geworden. Zur Zeit des Kraepelin'schen Vortrags lagen alle diese Reformen bereits in zur Ausführung fertigen Plänen vor. Schon allein die bewilligten Mittel — nahezu 1 $^{1}/_{2}$ Million in den letzten drei Budgetperioden — führen eine dem Kundigen hinreichend beredte Sprache.

Der Zweck dieser Projecte war in voller Absicht nicht in erster Reihe die Platzgewinnung, und konnte es nach dem Obigen nicht sein. Immerhin ist aber der Erhalt von 200 neuen Plätzen in allen Anstalten zusammen keine quantité négligeable gewesen. Davon haben den Hauptgewinn die Kliniken davongetragen, deren Evacuationsbedürfniss einer besonderen Rücksichtnahme jederzeit sich erfreut.

Stünden wir heute von Neuem vor den gleichen Verhältnissen: wir würden, unserer Ueberzeugung und unserem Pflichtgefühl für das Ganze und das Wohl des Landes folgend, wieder ebenso handeln müssen.

Noch während diese „Schuld" — wenn man von einer solchen sprechen will — gegen die vorhandenen Anstalten und die bereits dort weilenden Kranken abgetragen wurde, ging man seitens der Regierung ungesäumt zu neuen Projecten über, ohne dass es auch an dieser Stelle der Heidelberger Initiative bedurft hätte. Der beschlossene Neubau gleich zweier neuer Landesanstalten beweist genügend den Ernst, mit dem man der längst erkannten Nothlage entgegentrat.

3. Auf die Gegenvorschläge Gaupp's bezüglich der künftigen Vertheilung der Aufgaben in der Landesirrenfürsorge an die einzelnen Institute einzugehen, ist hier nicht der Ort. In den unserigen haben wir uns an die seitherige erprobte Organisation, welche natürlich die Interessen des ganzen Landes in Betracht nimmt, angelehnt und können in unserer Repartition keinerlei Schmälerung der klinischen Interessen finden. Zugleich gingen wir davon aus, dass auch den Kranken der berechtigte Anspruch auf eine nicht in erster Linie dem Unterrichtszwecke dienende Heilanstalt verbleiben müsse.

4. Unsere Vorschläge bezüglich des Nervenheims erhalten bei Herrn Gaupp eine ausgespart ungnädige Censur und wir selbst, als so zu sagen „ländliche" Neuropathologen, die Zubilligung mildernder Umstände. Wir lächeln — und gehen sofort auch hier auf das Sachliche über, das der Neuheit wegen einige eingehendere Bemerkungen rechtfertigen möge. Die Kritik wendet sich namentlich gegen die von uns vorgeschlagenen Krankenkategorien und gegen die Erstellung in der Nähe einer Anstalt, zumal Illenau's. Alle diese Einwürfe betreffen noch z. Zt. schwebende Fragen und sind, wie jeder neue Beitrag, an sich willkommen; nur können auch sie nur als eine Meinungsäusserung gelten, nicht als Abschluss, wie es den Anschein erweckt. Naturgemäss wird einen solchen erst die weitere Erfahrung bringen, nach längerer Zeit und aus vielen Orten mit unter sich vergleichbaren Verhältnissen gesammelt. Und selbst dann noch wird wahrscheinlich in jeder Lösung ein unbeglichener Rest enthalten bleiben, der sich hier auf die Eigenart der localen Bedürfnisse, dort auf die Art der Bevölkerung, die socialen Verhältnisse und die sonstige Art der Fürsorge (durch Spitäler, Kliniken etc.) gründet, territorial mit diesen Factoren wechselt. Unsere Auffassung und Vorschläge beziehen sich zunächst nur auf die einheimischen Verhältnisse, wobei wir bestrebt waren, einerseits dem erkannten Bedürfniss Rechnung

zu tragen, andrerseits etwaige Competenz-Conflicte mit anderen medicinischen Instituten thunlichst zu umgehen. Auch nach der uns vorliegenden klinischen Epikrise sind wir nicht in der Lage, ein Wesentliches in unserer Darlegung zurückzunehmen oder abzuändern. Namentlich halten wir fortan fest, dass speciell die von Herrn Gaupp perhorrescirten Krankheitsformen einen ersten berechtigten Anspruch auf Fürsorge haben, deren sie bis jetzt entbehren. Wir sind nach wie vor der Ueberzeugung — und jeder erfahrene Irrenarzt wird uns beistimmen —, dass gerade die „psychisch"-Nervösen unserer Auswahl nur von dem practischen Fachmann richtig verstanden werden; dass sie z. Zt. von den eigentlichen Anstalten nicht aufgenommen werden können, und doch einer methodischen fachmännischen Behandlung und Aufsicht dringend und ernstlich bedürfen. Geheimrath Ludwig characterisirt diese Gruppe von Kranken (Bericht der Verwaltung der hessischen Unterstützungskassen p. 1894/95) als „Solche, die durch häusliche Sorgen, die Anstrengungen des Berufs, oder sonstwie unzweckmässige Lebensweise heruntergekommen, aber nicht eigentlich geisteskranke Hilfsbedürftige sind. Ihre beschränkten Mittel schliessen den Besuch einer Nervenheilanstalt aus, es muss ihnen aber geholfen werden, weil sie in höchstem Grade unglücklich sind und weil sie sonst der Gefahr des Uebergangs des nervösen Leidens in wirkliche Geisteskrankheit und namenloses Elend erliegen."

Wir erkennen in dieser Schilderung genau den einen Theil der auch von uns empfohlenen Kranken. Den andern — die Zustände mit Zwangsgedanken, Phobieen etc. — weist in derselben Uebereinstimmung der neueste Autor Dr. Weygandt (Psychiatrie p. 219, 226, 229) ausdrücklich den „offenen Nervenanstalten mit Beschäftigungstherapie" nach dem Muster von Haus Schönow zu. Wir befinden uns also in guter Gesellschaft. Dass übrigens auch die funktionellen Neurosen, die Herr Gaupp speciell im Auge hat, keineswegs von unserm Nervenheim ausgeschlossen sind, ist in der Denkschrift (p. 53) bestimmt ausgesprochen.

Uebrigens so oder so: neben und vor diesen mehr academischen Fragen sollte, wie wir meinen, die Aufgabe gehen: unser ländliches Nervenheim wirklich zu machen. Dann werden sich gewiss auch die geeigneten Kranken finden, ungesucht, ohne Discussion, unmittelbar aus dem actuellen Bedürfniss, aus den Forderungen des Tags.

Nun aber — wohin? Durch Gründe der Zweckmässigkeit und des practischen Betriebs haben wir der relativen Verbindung der Nerven-Volksheilstätte mit einer Anstalt, jedoch bei Wahrung aller Selbstständigkeit, das Wort geredet. Die Nähe von Illenau ergab sich aus dem Vorhandensein eines geeigneten Platzes; in gleicher Weise wie auch für die Trinkeranstalt, für welche sich in letzter Stunde ein sehr passender Geländecomplex mit einem ausgedehnten, gut organisirten und mannigfaltigen ökonomischen Betrieb gefunden hatte, neben dem weitern Vorzug der centralen Lage in unserm Lande. Dass die Stadt Frankfurt eben daran geht, ihr Nervensanatorium im Köpperner Thal wesentlich nach denselben Grundsätzen, wie wir, zu erstellen, dürfte doch auch der Erwägung werth sein. Mittlerweile hat der in unserer Frage z. Zt. practisch erfahrenste College unsern Vorschlag als „eine in glücklicher Weise den Verhältnissen entsprechende Lösung" bezeichnet.

Dass das Nervenheim durch die Nähe der Irrenanstalt discreditirt werde, davor sind wir nicht bange; wie es scheint, haben wir etwas grösseres Vertrauen zu uns selbst und zu dem Urtheilsvermögen des Publicums.

Uebrigens sind auch öffentliche Institutionen nicht dazu da, dem Vorurtheile der Menge zu schmeicheln, sondern sie sollen ihm entgegentreten.

Es wäre zu erwarten gewesen, dass wir in diesem Kampfe für die Aufklärung die klinischen Collegen eher auf unserer Seite hätten, als gegen uns.

Die Verfasser der Denkschrift.

Mittheilungen.

— 37. Versammlung des Vereins der Irren-Aerzte Niedersachsens und Westfalens.

7. Herr Quaet-Faslem-Göttingen: Mittheilungen aus der Universitätspoliklinik für psychische und Nervenkranke zu Göttingen.

Im October vorigen Jahres gegründet, hat die Poliklinik, wie die Besuchszahlen beweisen, ihre Existenzberechtigung bewiesen, ja mehr als das, sie war entschieden ein Bedürfniss. Als glücklich muss die Verbindung der Poliklinik mit der psychiatrischen Klinik resp. der Heil- und Pflegeanstalt angesehen werden. Es werden akute Psychosen weit eher erkannt und sachgemässer Behandlung zugänglich, die unter dem Deckmantel eines nervösen Leidens in der Poliklinik erscheinen. Oft wird es daher möglich sein die Anstaltsbehandlung ganz zu vermeiden.

Von den in der Poliklinik unter einer bisherigen

Frequenz von 316 Fällen erscheinenden Psychosen brauchten nur 2 in der Anstalt aufgenommen zu werden. Die einzelnen zur Behandlung gelangenden Fälle vertheilten sich auf:

Krankheiten des Rückenmarks . .	9
„ der peripheren Nerven	24
„ des Gehirns	16
Angioneurosen und Trophoneurosen	8
Intoxikationen unter Betheiligung des Nervensystems	2
Psychosen	38
Neurosen	219.

Die Poliklinik trägt ferner dazu bei, das beim grossen Publikum noch immer bestehende Misstrauen gegen die Irrenanstalten und ihre Aerzte beseitigen zu helfen.

Ref. bringt dann aus dem Material der Poliklinik einen Fall seltener Localisation von Graphospasmus.

Der Krampf befällt lediglich den Pectoralis major und Deltoideus.

Der Patient war 17 Jahre Trompeter und spannte in seinem Beruf beim Halten seines Instrumentes die beiden erwähnten Muskeln. Er ist jetzt Kassenbote und muss viel schreiben. Es scheint ihm nun nicht zu gelingen, das alte Coordinationssystem, das er im Dienste des ersten Berufes verwenden musste, im neuen Beruf ganz auszuschalten.

Es liegt eine reine Störung der Coordination vor, die die Bezeichnung des Schreibkrampfes als coordinatorische Beschäftigungsneurose (Benedikt) vollkommen rechtfertigen muss.

Ref. erwähnt dann kurz den seiner Ansicht nach sehr grossen Einfluss der Psyche auf die Krankheit.

Zum Schluss bringt Ref. einige Angaben über das Nährpräparat „Hygiama", dessen Verwendung sich in der Poliklinik in jeder Hinsicht als auffallend günstig erwiesen hat und in ihr jetzt in vielen Fällen zur Anwendung kommt.

Bei allen Arten von Schwächezuständen (Chlorose etc.), bei neurasthenischen und hysterischen Verdauungsstörungen und vor allem auch bei Nahrungsverweigerungen in der Anstalt hat es sich sehr gut bewährt. In der Poliklinik wurde es bisher in 35 Fällen verwandt.

Ref. hält das Mittel namentlich auch im Betriebe grosser Anstalten für sehr empfehlenswerth. Die Beobachtungen werden fortgesetzt. (Autoreferat).

8. Herr Behr-Lüneburg: Ueber die Familienpflege in Göttingen.

Vortr. bespricht auf Grund der von ihm als Arzt der Familienpflege in Göttingen gesammelten Erfahrungen die Gesichtspunkte, welche sich bei Einrichtung und Handhabung derselben als beachtenswerth erwiesen und bewährt haben, so die Auswahl des Krankenmaterials und der Pflegestellen, die Frage nach Frequenz und Ausübung der ärztlichen Controlle, nach der Instruktion der Pfleger etc.

Die durchweg guten Resultate drängen zu weiterer Ausdehnung. Es wird weiter die wirthschaftliche Frage vom Standpunkte der Anstalt erörtert und die subjectiven Verhältnisse der Kranken, sowie ihre psychische Beeinflussung durch die Unterbringung in Familienpflege. Die Berücksichtigung der socialen Lage der Landbevölkerung in den zur Einrichtung gewählten Orten ist weiterhin sehr von Wichtigkeit. (Wird ausführlich publicirt). Vogt-Göttingen.

— Ein crasses Beispiel der **Verdächtigung von Irrenanstalten und Irrenärzten** liefert der folgende Artikel der „Münchener Post" vom 26. IV. 1902:

Zum Kapitel des Irrenrechts.

In unseren Händen befindet sich ein umfangreiches Material zum Kapitel der Irrenrechtspflege in Bayern, das im Interesse der Allgemeinheit und der Betroffenen zur geeigneten Zeit verwendet werden soll.

Für heute möchten wir auf einen dringlichen Fall hinweisen, vorläufig ohne Namensnennung. In Neu-Friedenheim befindet sich seit mehreren Monaten eine sehr vermögende Dame der sogenannten guten Gesellschaft. Die Dame ist 84 Jahre alt und wurde auf hinterlistige Weise ohne vorherige Untersuchung durch den zuständigen Polizeiarzt in die Anstalt gebracht, wo sie gegen ihren Willen festgehalten wird. Die alte Dame steht in verwandtschaftlichen Beziehungen zu einer ersten Münchener Kunstgrösse und ist auf deren Betreiben entmündigt worden. Diese Entmündigung erfolgte aus Gründen, auf die wir vielleicht noch näher eingehen müssen, aber keineswegs wegen irgend einer geistigen Störung der Betroffenen.

Wir wollen auch vorläufig nicht näher untersuchen, ob der Hunger nach Gold und die Angst des Herrn Professors und seiner Gattin, die Entmündigung könne wieder aufgehoben werden, die hinterlistige Ueberführung der Dame nach Neu-Friedenheim angeregt hat. Eines erscheint uns aber jedenfalls sicher: die Ueberführung ist widerrechtlich und in ungesetzlicher Weise erfolgt, und das Verhalten der Anstaltsleitung in Neu-Friedenheim erscheint in sehr zweifelhaftem Lichte. Auch das Verhalten der übrigen betheiligten Personen, des „begutachtenden" Arztes, der Rechtsvertreter u. s. w., erscheint nicht einwandfrei. Der ganze Fall ist ein Beweis für die Rechtlosigkeit der Person in Bayern, wenn einflussreiche Leute die Hand im Spiele haben und für die ausserordentliche Gefahr der auf Erwerb bedachten „Privat"irrenpflege.

So viel für heute. Wir erwarten, dass diese Andeutungen genügen, der alten Dame die Freiheit wieder zu geben. Im anderen Falle müssen wir sehr deutlich werden.

Die „Münchener Post" vom 7. V. 1902 brachte folgende **Richtigstellung**:

Zum Kapitel des Irrenrechts.

Vom dirigirenden Arzte der Heilanstalt Neu-Friedenheim, Herrn Dr. Rehm, erhalten wir folgende Berichtigung: Die in Nr. 96 Seite 6 der Münchener Post unter der Ueberschrift „Zum Kapitel des Irrenrechts" enthaltene Mittheilung wird hiermit berichtigt, wie folgt:

1. Die in dem berichtigten Artikel erwähnte, durch rechtskräftigen Beschluss des kgl. Amtsgerichtes München I, Abtheilung A für Civilsachen, vom 21. October 1901 entmündigte 84jährige Patientin

ist nicht auf Betreiben einer ersten Münchener Kunstgrösse, sondern auf Betreiben des rechtskundigen Vormundes der Enkel der Entmündigten entmündigt worden.

2. In dem Entmündigungsbeschlusse ist festgestellt, dass die Entmündigte nach dem übereinstimmenden Gutachten der vernommenen drei Sachverständigen, unter denen ich mich jedoch nicht befunden habe, an dementia senilis (Altersschwachsinn) leidet, und dass der Altersschwachsinn der Entmündigten nach der richterlichen Ueberzeugung einen derartigen Grad erreicht hat, dass die Kranke jeder freien Willensbestimmung beraubt ist.

3. Der kgl. Bezirksarzt und zuständige Polizeiarzt Dr. Müller in München hat am 30. Dezember 1901 die Entmündigte untersucht und sich gutachtlich dahin geäussert, dass die senile Demenz der Entmündigten eine Anstaltsbehandlung dringend nöthig mache; daraufhin hat die kgl. Polizeidirection München am 31. Dezember 1901 die Aufnahme der Entmündigten in die Anstalt Neu-Friedenheim genehmigt.

4. Die Ueberführung der Patientin in die Anstaltsbehandlung ist auf Grund ärztlichen Gutachtens im Interesse der Erhaltung des Lebens der Patientin und Herbeiführung sachgemässer ärztlicher Behandlung erfolgt; es ist unwahr, dass diese Ueberführung widerrechtlich oder in ungesetzlicher Weise erfolgte.

Referate.

— The Journal of Mental Science. April 1901. (Fortsetzung.)

Bernard Holländer giebt eine kurze Zusammenstellung unserer Kenntnisse über das Gehirn als Organ der Psyche. Wir thun am einfachsten, wenn wir uns an die Schlusssätze des Verf. halten: 1) Die Grösse des Gehirns ist nicht nur ein Maass für die Höhe der Intelligenz, sondern auch für die Kraft der Gefühle und Neigungen. 2) Die Zonen der Empfindung sind nicht die Centren der Wahrnehmung und Reflexion, und die Hinterhauptslappen haben nichts mit den höheren intellectuellen Prozessen zu thun. 3) Mit der Annahme von reinen motorischen und sensorischen Centren allein könnte man nicht die Verschiedenheit der menschlichen Charaktere und der geistigen Störungen erklären. Sie sind auch die Substrata der psychischen Centren, also phychomotorische und psychosensorische Centra. 4) Nur die Grösse der Frontallappen ist von Wichtigkeit für die Beurtheilung der Intelligenz. Die Frontallappen können mit den Maassen, wie sie auch für den Körper im Gebrauch sind, gemessen werden. Der Kopf mag bei einem gescheidten Individuum klein sein, wenn nur die Frontallappen verhältnissmässig gross sind. 5) Gedächtniss ist keine einheitliche Fähigkeit, sondern es giebt Gedächtnissarten und dementsprechende Centren, so ein Gedächtniss für Zahlen, Orte, Zeit, Worte, Töne etc. Das Wortgedächtnisscentrum ist bereits lokalisiert. 6) Es muss neben den Centren für rein intellektuelle Prozesse in der Rinde noch solche geben für Gemüthsbewegungen und Strebungen. 7) Die intellektuellen Processe überwachen die Gefühle und Neigungen, somit enthalten die Stirnlappen die Hemmungscentren für die im übrigen Gehirn sich abspielenden Processe.

George Rorie hat die nach Influenza aufgetretenen Fälle von Irresein, die im Cumberland und Westmoreland Asyl aufgenommen worden waren, statistisch und klinisch bearbeitet. Es war schon aufgefallen, dass während der Influenzaperiode die Aufnahme melancholischer Kranken in verschiedenen Anstalten beträchtlich stieg. Das war auch in jenen beiden Anstalten der Fall. Verf. fand von 1890—99 im ganzen 68 Fälle verzeichnet, in denen die Geisteskrankheit direkt oder indirekt mit der Influenza in Zusammenhang gebracht werden konnte. Unter den 68 Fällen befanden sich 34 M. und 34 Fr. Die Mehrzahl der Männer wurde aufgenommen in den Jahren 1892, 1893, 1894, 1895 und 1896, ihr Prozentsatz betrug jeweils 5.7, 5.9, 5.4, 6.5 und 5.1. Bei den Frauen kamen die meisten 1892 mit 12.3%, 1894 mit 5.0% und 1897 mit 6.6% zur Aufnahme. Bei den 34 Männern betrug das Durchschnittsalter beider Aufnahmen 43.8, der jüngste zählte 19, der älteste 71 Jahre. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 48.5, darunter ein Mädchen von 19 und eine Greisin von 89 Jahren.

Bei der Aufnahme zeigten von den 68 Fällen nur 22 einen annehmbaren körperlichen Gesundheitszustand.

Die Zeit zwischen dem Influenzaanfall und dem Ausbruch des Irreseins ist sehr schwankend und schwer bestimmbar. Die Freunde des Kranken geben meist nur an, er sei seit der Influenza nicht mehr wie früher gewesen. Die Zeit von dem Influenzaanfall bis zur Aufnahme ist manchmal so gering, dass diese direkt dem Anfall folgt, oder es vergehen mehrere Tage, Wochen, Monate, ja ein Jahr. Verf. glaubt, dass bei seinen Fällen meist 1—3 Monate dazwischenlagen.

Was die Prädisposition zum Irresein betrifft, so handelte es sich bei 28 Fr. um den ersten Influenzaanfall, bei 3 Frauen um den dritten, bei zweien um den zweiten, und bei einer war es „nicht der erste". Bei den Männern war es in 29 Fällen der erste Anfall, in 2 Fällen der zweite, in einem der vierte und in einem „nicht der erste." 10 M. und 12 Fr. waren erblich belastet. Dazu kamen noch 5 Alkoholiker und 3 Schwachsinnige, und bei den Frauen eine Alkoholistin und 5 Nervöse. Meist also handelte es sich neben der Influenza noch um eine andre prädisponierende Ursache.

26 Männer litten an Melancholie, 3 an akuter Manie, 4 an Manie und einer an prog. Paralyse. 10 Melancholiker und ein Maniakus waren suicidverdächtig. Von den Frauen litten 20 an Melancholie, 8 an Manie, 4 an akuter Manie, eine an seniler Manie und eine an seniler Demenz. 14 Melancholische und 5 Maniakalische waren selbstmordverdächtig.

Die Prognose, besonders in den Fällen von Melancholie, ist im ganzen günstig. Von den 26 melancholischen Männern wurden 16 geheilt, 6 gebessert, einer wurde blödsinnig und 3 starben. Die 3 Fälle von akuter Manie wurden nach etwa 3 Monaten geheilt. Von den 4 Fällen von Manie wurde einer geheilt, einer gebessert und 2 starben. Von den 20 melancholischen Frauen wurden 10 geheilt und 3 starben. Von den 4 Fällen von akuter Manie genasen 3, von den 8 Fällen von Manie wurden 2 geheilt und 2 starben. Die Ursache des Todes war meist Phthisis und senile Erschöpfung. Der Anstaltsaufenthalt der Genesenen schwankte zwischen 1 und 12 Monaten. (Schluss folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin.

Prof. Dr. E. Mendel, Berlin. **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 10. 1. Juni. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der Grösse und Benennung der Irrenheilanstalten.

Zu der, in den letzten Nummern der Wochenschrift aufgeworfenen Frage bezüglich der zweckmässigsten Grösse einer Irrenheilanstalt sei es auch mir gestattet, meine Ansicht auszusprechen.

Ich bekenne mich gleich in vorhinein als eifrigen Verfechter möglichst grosser Anstalten und es nimmt mich Wunder von den deutschen Collegen, wenn sie die Grösse einer Anstalt mit der Uebersichtlichkeit des Krankenmaterials seitens des Directors verknüpfen und fragen: wie soll ein ärztlicher Leiter, mit administrativen Agenden überhäuft, 1000—1400 Kranke auch nur dem Aussehen nach kennen, geschweige deren ärztliche Behandlung leiten. Ja das wäre allerdings eine Hercules-Aufgabe, besonders im Zeichen der individualisirenden Behandlungsweise und bei dem beständigen Wechsel des Materiales. Aber ich wüsste wirklich nicht, wie tief man die untere Grenze des Krankenstandes ziehen sollte, damit ein Director mit ruhigem Gewissen von sich sagen könne, dass er dieser Aufgabe vollkommen Genüge leiste. Die Grösse einer Anstalt an jene Grenze zu knüpfen, wo der Director noch im Stande ist, den Zustand sämmtlicher Kranken im Gedächtniss zu behalten, ist eine Verkennung der Beziehung zwischen Organismus und leitendem Centrum. Diese Auffassung, auf andere Organisationen, sociale Gebilde, industrielle Etablissements etc. angewandt, führt zu Paradoxa.

Grundbedingung ist nur die einheitliche Organisation, das Ineinanderarbeiten der Theile. Je verschiedenartiger, differenzirter die einzelnen Theile, bei Voraussetzung einheitlicher Leitung, um so höher die Entwickelung der Organisation, um so vollkommener und verfeinerter die Detailarbeit. Dass in dieser Beziehung psychiatrische Forschung und Behandlungsmethoden Hand in Hand gehen, braucht nicht erst gesagt zu werden. Eine kleine Anstalt mit 4—500 Patienten kann ja einen recht anheimelnden Eindruck machen, und mit dem Director gleichsam als Familienoberhaupt an der Spitze, der jedes Mitglied der kleinen Ansiedelung persönlich kennt, sehr patriarchalisch gemüthlich sein, kann auch im Kleinen alles verwirklichen, was zu den modernen Attributen einer modernen Irrenanstalt gehört, wird aber in ihren höheren psychotherapeutischen Bestrebungen nur zu bald an die budgetären Grenzen einer kleinen Anstalt stossen. Ist doch unser psychotherapeutisches Instrumentarium die Anstalt selbst mit ihrem ganzen Inventar von der Kapelle bis zur Küche ja ihre verschiedenen Insassen mit einbegriffen. Eine Milieubehandlung im modernen Sinne ist nur möglich, wo die

in verschiedenen kleinen Anstalten vertheilten therapeutisch zusammengehörigen Elemente örtlich zusammenbringbar sind. Diese Möglichkeit wächst mit der Grösse der Anstalt im gleichen und mit den erforderlichen Kosten im umgekehrten Verhältniss. Freilich die planlose Anhäufung eines kunterbunten Materials wie sie ein Landesdistrict gerade liefert, kann ja drückend werden, aber das ist das Ideal einer grossen Anstalt nicht, ist vielmehr ein monströses Gebilde. Unter einer „grossen Anstalt" verstehe ich einen grossen Organismus der Irrenpflege, dessen einzelne Glieder räumlich von einander innerhalb gewisser Grenzen getrennt sein können, aber unter einheitlicher Leitung als zusammengehöriges Ganzes in beständigem Contact mit einander bleiben müssen, wo jeder Kranke das jeweilige Milieu findet, das ihm passt. Es klingt als Paradoxon, aber ich meine: je kleiner die Anstalt, je weniger Kranke, um so geringer die Möglichkeit einer individualisirenden Behandlung. Kleine autonome Anstalten mit begrenztem Contingentirungs-Gebiet sind werthlos. Irrenanstalten dienen keinem localen Interesse wie Spitäler. Die Discussion, ob in einem District eine neue Anstalt als Colonie, oder als geschlossene Anstalt oder sonst wie errichtet werden soll — ist völlig unpsychiatrisch. Eine braucht die andere und alle brauchen eine Organisation von grosser Conception. Müssen doch die meisten Kranken entsprechend dem Krankheitsverlauf durch die einzelnen Systeme successive durchgeleitet werden. Und nun erst das Stadium der Irrenbehandlung, die doch Endzweck jeder psychiatrischen Forschung ist! Welche Perspectiven eröffnen sich, wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass der Anstaltsleiter statt einem Arzt eine gemischte Abtheilung zuzuweisen, ihm eine bestimmte Aufgabe stelle z. B. Behandlung der Depressionszustände oder gewisser senilen Formen, Intoxicationspsychosen etc. und wenn zur Erforschung jeder Detailfrage ein entsprechendes Krankenmaterial zur Verfügung steht. Ich denke, die Zeiten sind vorüber, wo in der öffentlichen Irrenfürsorge die Frage der Unterbringung im Vordergrund stand.

Wir hätten in den Culturstaaten die Geisteskranken nun so ziemlich unter Dach und Fach. Jetzt harren unser grössere Aufgaben als die einer guten Unterbringung, aber diese sind meines Erachtens in kleinen autonomen Anstalten nicht zu lösen. Sehen wir ja einen Differenzirungsprocess in der specialisirenden Richtung der Privatheilanstalten in immer feineren Nuancen vor sich gehen. Selbst die Specialanstalten für Alkoholisten theilen sich weiter je nach der socialen Classe der Patienten und den Formen des Alkoholismus. Aufgabe der einzelnen Staaten ist dieser Specialisirung im Rahmen von grossen Anstalten mit zahlreichen Dependencen, Familienpflegehäusern etc. Geltung zu verschaffen anstatt der Classification nach Verpflegsclassen, die ich mit den Bestrebungen der öffentlichen Irrenfürsorge für unvereinbar halte. Mit sogenannten Luxusabtheilungen und Zahlstöcken das Budget der Anstalt günstiger zu gestalten und den Anstaltsärzten ein Nebeneinkommen zu sichern, ist keine Aufgabe des öffentlichen Sanitätswesens, und einer Irrenfürsorge im grossen Styl. Diese soll dem Kranken all das bieten, was ihm zukömmlich ist ohne Rücksicht auf Verpflegsclassen; aber was darüber hinaus ist, die luxuriöse Verpflegung nach gegenseitiger Uebereinkunft, mag gänzlich den Privat-Heilanstalten überlassen werden, die eher in der Lage sind speciellen Rücksichten Genüge zu leisten.

Was den aufgeworfenen Gedanken einer zweckentsprechenderen Benennung der Anstalten betrifft, so bin ich natürlich dafür, dass man nicht weit genug gehen kann im Kampf gegen die Exclusivität der Irrenanstalten und in der Tilgung der traurigen Reminiscenzen, die sich an dieselben knüpfen. Ein indifferenter Titel wie „Sanatorium", „Asyl", Hirnkrankenanstalt", oder das von den Franzosen vorgeschlagene „Maison Esquirol", „Maison Pinel" etc. ist jedenfalls besser als Irrenanstalt, doch ist damit nicht das erreicht, was wir bezwecken. Die angeführten indifferenten Benennungen werden nur zu bald ihre Harmlosigkeit verlieren und jeder, der in einer „Hirnkrankenanstalt" war, wird gern davon schweigen, so wie sich niemand damit brüstet, in der harmlos benannten „Maison nationale de Charenton" gewesen zu sein. Warum den Geisteskranken nicht den Namen geben, für was sich die sich selbst Bewussten — und das sind ja die meisten — gewöhnlich halten: „Nervenkrank"? Sind sie es denn nicht? Nervenkrankheiten, die einer Anstaltsbehandlung bedürfen, sind ja in den meisten Fällen centraler Natur, das heist mehr als Nervenkrankheiten im conventionellen Sinne. Die Benennung „Staats- oder Landes- oder öffentliche Anstalt für Nervenkranke", könnte mit einem Schlag die von jedem Psychiater herbeigesehnte Ueberbrückung zwischen dem öffentlichen Leben und der Anstalt in unmittelbare Nähe stellen. Es ist heutzutage nicht mehr die Irrenanstalt mit ihrer modernen Einrichtung, die abschreckend wirkt, einzig nur der Name. Es ist damit was Eigenes. Wir schämen uns niemals der Symptome einer durchgemachten Gehirnkrankheit, nur der Diagnose allein. Auch sind es ja nicht alle Psychosen, die man mit dem odiösen Namen Geisteskrankheit belegt. Sind denn Rauschzustände, Fieber-

delirien etc. nicht ebenso krankhafte Zustände des centralen Nervensystems als es z. B. eine Puerperalpsychose ist? Und wenn die Benennung „Oeffentliche Nervenheilanstalt" zu Missverständnissen führen sollte — (ich höre schon die ängstlichen Stimmen, welche vor der Möglichkeit warnen in den Verdacht einer Geisteskrankheit zu kommen) so ist dieses Missverständniss für Niemand schädigend, das heisst für Nervenkranke leichteren Grades überhaupt nicht obwaltend, für die sogenannten Geisteskranken aber von unermesslichem Gewinn. Ist doch das Urtheilsvermögen bezüglich der Bedeutung der Irrenanstalt bei den meisten Kranken ungestört. Bei Anstaltsbesuchen hören wir die stereotype Klage: „Man hat mich statt in eine Nervenheilanstalt ins Irrenhaus gebracht". — Wie oft wird gesagt, dass es was Entsetzliches sein müsste, wenn ein Geistesgesunder in eine Irrenanstalt gesteckt würde.

Nun dieses Gefühl haben die meisten Geisteskranken ebenso. Nicht die Umgebung, nicht die Mitpatienten schrecken sie, an denen sie bei entsprechender Sortirung des Materials nichts Auffälliges bemerken, nur die Benennung und der darin liegende Character der Anstalt, den sie nur zu bald erfahren, ist es, was sie als eine Ungerechtigkeit empört und eine Quelle ewiger Recriminationen bildet. Es würde sich eines Versuches lohnen, von zwei parallelen Irrenanstalten der einen probeweise den Namen „Oeffentliche Heilanstalt für Nervenkranke" zu geben. Schon in kürzester Zeit wäre letztere bezüglich des Heilungsprocentes überlegen (natürlich in beiden Anstalten nur die eigentlichen Psychosen gerechnet). Die Fälle würden derselben im Frühstadium, bei den ersten drohenden Symptomen zugeführt werden (besonders wichtig bei chronischen Intoxicationspsychosen!), wo die Heilungsbedingungen viel günstiger liegen.

Will man aus gewissen civilrechtlichen Gründen die Gemeinschaft der Kranken mit und ohne selbstständigem Verfügungsrecht vermeiden, so liessen sich ja Verfügungen treffen, dass die ersteren als nicht anstaltsbedürftig oder der öffentlichen Fürsorge nicht berechtigt zurückgewiesen werden.

Uebrigens sehe ich nicht ein, warum ein mittelloser Tabetiker oder nach Apoplexie Gelähmter hier nicht Aufnahme und Behandlung finden könnte.

Ueber die Nothwendigkeit der Entziehung des selbstständigen Verfügungsrechtes könnte ja eine gerichtliche Commission von Fall zu Fall entscheiden.

Die Errichtung von selbstständigen öffentlichen Heilanstalten für anstaltsbedürftige unbemittelte Nervenkranke, wie sie hier in Ungarn vorgeschlagen wurde, halte ich vom psychiatrischen Standpunkte für sehr bedenklich, weil sie mir geeignet erscheint, die Exclusivität der odiösen Irrenanstalten noch weiter zu steigern. Ich gebe zu, dass die aufgeworfenen Fragen noch weiterer Erwägungen bedürfen, aber ich bin der Ueberzeugung, dass, wenn es die grosse That des 19. Jahrhunderts war, in entsprechender Zahl Heilstätten für Gehirnkranke zu errichten, es Aufgabe des 20. Jahrhunderts sein wird, dieselben den Kranken ohne deren sociale Schädigung und schon im Stadium der günstigst gelegenen prognostischen Bedingungen zugänglich zu machen.

Budapest, Mai. 1902. Dr. Gustav Oláh.

Die Irrenfürsorge in Baden.

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*-Illenau.

(Schluss).

Aus einer auf ähnlichen Grundlagen aufgebauten Berechnung, welche sich indes auf beide Pflegeanstalten Emmendingen und Pforzheim als die definitiven Abnahmestellen der ganzen Landesirrenfürsorge ausdehnt und den jährlichen Ueberschuss des Zugangs von Kranken über den Abgang aus den beiden Anstalten zusammengenommen in Betracht zieht, erhalten wir das Ergebniss, dass dieser Ueberschuss in den Jahren 1889—1900 zwischen den Zahlen 16 und 145 schwankte. Das daraus berechnete Jahresmittel beträgt 78,67 — also die gleiche Ziffer wie die vorhin gefundene; ein giltiger Beweis dafür, dass dieselbe nicht allein aus der Neubelegung Emmendingens resultirt, also nicht etwa nur eine locale, sondern eine allgemeinere, die ganze Lage der Irrenversorgung characterisirende Bedeutung hat.

3. Betrachten wir nun die Zunahme der in den Staatsirrenanstalten insgesammt ohne Rücksicht auf die Platzfrage thatsächlich untergebrachten Irren nach der jährlichen Schlussbilanz im Verfolg der letzten 30 Jahre, so ergiebt ein Vergleich folgende Zusammenstellung:

In allen staatlichen Irrenanstalten (Illenau, Emmendingen, Pforzheim, Heidelberg und Freiburg) zusammen

betrug die Zunahme der Anstaltsinsassen nach dem Krankenstande am Schlusse des Jahres:

in den Jahren	1871—1875	für das Jahr	= — 1
„ „	1876—1880	„ „ „	= + 34
„ „	1881—1885	„ „ „	= + 22
„ „	1886—1890	„ „ „	= + 66
„ „	1891—1895	„ „ „	= + 103
„ „	1896—1900	„ „ „	= + 63

Die Zunahme der Anstaltsinsassen betrug in der gleichen Weise

auf die letzten	30 Jahre	gerechnet, für ein Jahr:	47,5
„ „ „	25 „	„ „ „ „	57,2
„ „ „	20 „	„ „ „ „	63,3
„ „ „	15 „	„ „ „ „	77,0
„ „ „	10 „	„ „ „ „	82,6
„ „ „	5 „	„ „ „ „	63,0

Aus diesen Zahlenzusammenstellungen geht hervor, dass, während es früher auch Jahre gab, in denen ein Rückgang an Anstaltsinsassen (z. B. —32 im Jahre 1875 und von —1 im Lustrum 1871—75, von —11 noch im Jahre 1883) stattfand, seit dem Jahre 1884, also lange vor der Eröffnung der Anstalt bei Emmendingen, eine beständige und steigende Zunahme an Anstaltsinsassen, nach dem Jahresschlussbestande verglichen, in den staatlichen Anstalten zu verzeichnen war, welche sich nach Lustren gerechnet, von jährlich + 22 für die Jahre 1881—1885, auf jährlich + 66 für das Lustrum 1886—1890 und auf jährlich 103 für die Jahre 1891—1895 hob; die geringste Steigerung seit 1884 weist das Jahr 1889 mit + 4, die grösste das Jahr 1891 mit + 153 auf; aber auch in der Zeit von 1896—1900 betrug dieselbe trotz des Mangels an neuen Plätzen noch 63 für das Jahr und stieg im Jahre 1900 allein, sobald wieder Plätze in einiger Anzahl geschaffen waren, sofort wieder auf 130 an.

Wichtig ist hierbei für unsere Darstellung besonders, dass in der Hauptentwicklungszeit der neuen Anstalt bei Emmendingen in den Jahren 1890—1897, wo deren Bestand um jährlich 59—235 Kranke anwuchs, die Gesammtzahl der Insassen a l l e r A n s t a l t e n z u s a m m e n gleichfalls ungehindert anwuchs in den Grenzen von + 58 bis + 153, und zwar ohne jeweilige Correlation der beiden Ziffern nach den einzelnen Jahren; während z. B. die Hauptzunahme in Emmendingen auf die Jahre 1890 (wie natürlich nach der Eröffnung) mit 235 und auf 1895 mit 119 fällt, ist die Höchstzunahme für die Gesammtheit der Insassen aller Anstalten in den Jahren 1891 mit 153 (Emmendingen + 70) und dann wieder 1900 mit + 130 (Emmendingen + 28) erreicht. Diese Zahlen sind der beste Beweis dafür, dass der Zuwachs nicht allein auf die Anstalt Emmendingen mit deren zunehmendem Ausbau beschränkt ist, sondern dass der Zudrang von Kranken gleichmässig auf die gesammte Anstaltsversorgung eingeströmt ist.

Das für unsere Zwecke — die Berechnung des für die künftige Zeit annähernd maassgebenden jährlichen Zuwachses an Geisteskranken — wichtigste Durchschnittsmaass ist, weil es Verhältnissen entspricht, in denen dem Zudrang von Kranken von aussen auch durch vorhandene freie Anstaltsplätze nachgegeben werden konnte, die obige Zahl für die letzten 15 Jahre, d. h. ein jährlicher Zuwachs von 77 und die Durchschnittszahl für die letzten 10 Jahre mit 83, wozu noch die für die Irrenversorgung günstigste Zeit (nach der Eröffnung von Emmendingen) die Jahre 1891 — 1895 mit einem Durchschnittszuwachs von 103 für das Jahr kommt.

Wir wollen uns jedoch in unserer Bemessung für die Zukunft nicht an die letzte höhere, sondern an die mittleren Zahlen 77—83 halten, woraus sich das Mittel von 80 n e u e n P l ä t z e n f ü r d a s J a h r ergiebt, eine Zahl, welche auch mit dem unter 1 und 2 gefundenen Berechnungsresultate vollständig übereinstimmt. Und zwar ist, da diese Zahl erstens den thatsächlichen Zuwachs von Anstaltsinsassen und zweitens die dem Andrang von aussen immer erst nachfolgende Zunahme angiebt, da zudem der Bestand an Plätzen fortwährend hinter der Nachfrage nach solchen zurückblieb, d i e g e w o n n e n e Z a h l **80** d e r M i n d e s t a u s d r u c k f ü r d a s b e s t e h e n d e B e d ü r f n i s s.

Die seitherige j ä h r l i c h e S t e i g e r u n g des Bestandes an Anstaltsinsassen erfolgte nämlich im Grossen und Ganzen unabhängig von der vorhandenen Belegziffer und Plätzezahl der Anstalten. Waren viele Plätze frei infolge von Neuerstellungen, so wurden sie allerdings rascher besetzt; bei beschränktem Raume aber musste dem unaufhaltsamen Andrange von Aufnahmen nachgegeben werden durch vermehrte (eigentlich verfrühte) Entlassungen oder durch das noch nähere und einfachere, aber auch bedenklichste Auskunftsmittel: der Vermehrung der Bettenzahl, trotz knapp bemessenen Luftraums und bereits bestehender Ueberfüllung. Und noch in den letzten 5 Jahren ist ohne Rücksicht auf den vorhandenen Platz die Anzahl der Gesammtversorgten in den Anstalten, trotzdem Emmendingen schon nahezu ausgebaut war, noch um 63 für das Jahr gewachsen — im Jahre 1900 aber, sobald wieder neue Plätze vorhanden waren, wie bereits erwähnt, allein um 130 — der klare Beweis, dass die gleichen Verhältnisse auch jetzt noch herrschend

sind und auch für die Zukunft als wirksam angenommen werden dürfen.

Aber nicht nur aus der heutigen Gesammtlage und auf Grund des seither mitgetheilten Materials ergiebt sich ein ansehnlicher Rückstand zwischen Sollen und Können, zwischen Nachfrage und Angebot von verfügbaren Plätzen, sondern auch aus dem weiteren bemerkenswerthen Moment, dass die Kreispflegeanstalten des Landes, trotz aller Einschränkungen in deren Aufnahmebestimmungen einerseits, und trotz der Inbetriebnahme von Emmendingen, der beständigen, beträchtlichen Mehrung der Belegziffer der öffentlichen Anstalten und trotz deren sofortiger Ausfüllung durch Kranke andrerseits, keine Abnahme ihrer geisteskranken Pfleglinge, sondern gegentheils auch in den letzten Jahren einen regelmässigen Zuwachs von *22* pro Jahr nach dem Jahresschlussbestande erfahren haben. Diesen Zuwachs dürfen wir sicher auf die ungenügende Plätzezahl in den öffentlichen Anstalten, auf ihre Ueberfüllung zurückführen. Er ist ein Zeichen der Rückstauung.

Angesichts dieser Lage könnte es nun scheinen, als ob die staatliche Fürsorge hinter den Anforderungen der Zeit zurückgeblieben sei. Vergleichen wir aber mit dem Anwachsen der Kranken in den Anstalten, wie wir es vorstehend geschildert haben, die Anstrengungen des Staates in der Beschaffung neuer Anstaltsplätze, so erhalten wir für die letzten 15 Jahre das Bild einer enorm gesteigerten Thätigkeit gegenüber den diesen vorhergegangenen 15 Jahren, sowie überhaupt allen früheren Zeitperioden gegenüber.

Es wurden nämlich, während von 1870—1877 die Anstaltsplätze auf derselben Zahl 1000 stehen blieben und bis 1885 nur bis 1205 stiegen, also in diesen ersten 15 Jahren nur um 205 (= 14 im Jahr) vermehrt wurden, in den nun folgenden 15 Jahren von 1886—1900 in den Staatsanstalten theils durch Neubauten (besonders Emmendingen), theils durch administrative Mehrung der Betten in bestehenden Räumen, im Ganzen 1190 neue Plätze zur Verfügung gestellt; das sind im Jahr 79 Plätze, also das Fünf- bis Sechsfache des früheren Satzes. Die Thatsache, dass das Anwachsen des Krankenstandes (77 in jedem der letzten 15 Jahre — siehe oben —) im Ganzen mit dieser Beschaffung neuer Plätze (79 für das Jahr) gleichen Schritt gehalten hat, beweist uns aber zugleich die Nothwendigkeit dieser Plätzebeschaffung auf's Eindringlichste.

Diese enorm erhöhte Anforderung an die Anstaltsversorgung der Irren geht nun aber über das Verhältniss der Bevölkerungszunahme weit hinaus, wenn diese selbstverständlich auch eines der mitbedingenden Momente gewesen sein muss. Während nämlich die Bevölkerung des Landes in den letzten 15 Jahren um 16,6 % der Bevölkerungszahl vom Jahre 1885 zunahm, betrug die nothwendig gewordene Mehrung der Anstaltsplätze gegen den Stand derselben vom Jahre 1885 beinahe **100** %.

Es muss also schon von früher her ein erhebliches unerfülltes Maass von „Anstaltsbedürftigkeit" in der Bevölkerung, d. h. unter den im Lande zurückgehaltenen Geisteskranken bestanden haben, welches zu dieser übergreifenden Besitznahme der neugeschaffenen Plätze drängte und den gesteigerten Anspruch an die Anstalten weit über das Verhältniss zur Steigerung der Population hinaus verursachte. Und auch jetzt noch hält trotz dem Neubau von Emmendingen mit 1000 Plätzen, trotz Beibehaltung eines sogar noch erweiterten Pforzheim der Zudrang zu den Anstalten in gleicher Stärke an.

Freilich erklärt sich dieser für die neueste Zeit direct und wesentlich auch noch aus den Ergebnissen der Volkszählung resp. aus der gerade in den letzten Volkszählungsperioden noch viel rapider wie früher ansteigenden Volkszahl selbst. Während diese Zunahme nämlich noch von 1880—1885 nur 31001 Personen oder 1,97 % des Vorbestandes betrug, haben wir seither (1885—1890) 56612 oder 3,54 % und 1890—1895 eine Steigerung von 67597 oder von 4,08 % und nun gar für 1895—1900 eine Zunahme von 142480 Einwohnern oder um 8,3 % erfahren. Letztere Zahl ist das Vierfache der früheren Zunahmen und noch mehr als das Doppelte der bei der unmittelbar vorhergehenden Volkszählung festgegestellten. Ein derartiges Ansteigen muss sich natürlich auch in einer Mehrung der Geisteskranken und in einer Steigerung der Anforderungen an die Anstaltsversorgung derselben geltend machen.

Die vorstehend gegebene geschichtliche Entwickelung erweist aber auch ein Weiteres, was ebenso als Resultat der Vergangenheit gelten, wie als Lehre für künftig dienen kann. Die Erfüllung des Bedürfnisses durch Neuschaffung von Plätzen ist der Anforderung an solche jeweils erst lange nachgefolgt.

Aus diesen Zahlen, wenn wir sie nicht nur richtig verstehen, sondern auch beherzigen wollen, ergiebt sich darum bezüglich der Zukunft der zwingende Schluss, dass nur eine noch höher gesteigerte Beschaffung von Anstaltsplätzen dem theils zurückgehaltenen, theils stetig anwachsenden Bedürfnisse wird genügen können; sollen doch unsere Erwägungen und Reformvorschläge der sicher kommenden Forderung der nächsten und näheren Zukunft

nicht minder gerecht werden, als der Nothlage der Gegenwart.

Sind nun auch in unseren vorstehenden, der thatsächlichen bisherigen Entwicklung der Anstaltsversorgung entnommenen Aufstellungen bereits die Anforderungen der Zukunft und der jeweiligen Bevölkerungszunahme neben den schon zur Zeit hervortretenden und zum Theil aus der Vergangenheit stammenden Bedürfnissen in der Irrenversorgung bereits enthalten, so steht doch weiterhin ausser Frage, dass, wenn einmal die bisher noch ausstehenden Forderungen an die Anstaltsversorgung der Irren erfüllt, d. h. wenn die geplanten neuen Anstalten fertig gestellt sein werden und die bis dahin nicht genügend versorgten, im Lande zurückgehaltenen Irren mehr und mehr der geordneten Anstaltsbehandlung zugeführt werden können — dass dann die jeweilige Bevölkerungszunahme für sich allein immer wieder neue Plätze in den Anstalten, je nach der Stärke ihres Fortschreitens fordern wird. Sie wird für jene fernere Zukunft das wirksamste Moment für die Weiterentwickelung des Anstaltswesens und für das Maass des Plätzebedarfs in der Bevölkerung werden.

Wenn wir uns nun nach einem Maassstabe für die Befriedigung des Bedürfnisses an Anstaltsplätzen mit Rücksicht auf die jeweilige Bevölkerungszunahme umsehen, so dürfen wir uns die neuesten statistischen Untersuchungen auf diesem Gebiete zu nutze machen. Auf Grund eingehender, vergleichender Betrachtungen der Irrenversorgungsverhältnisse in den einzelnen Ländern sind namhafte Vertreter unseres Fachs zu dem Ergebnisse gelangt, dass eine irgendwie ausreichende Irrenversorgung eines Landes nicht gewährleistet werden könne, so lange nicht für Zwecke der Anstaltsversorgung **2** Plätze in eigentlichen Irrenanstalten auf 1000 Menschen der Bevölkerung kommen. Erst wo dieses Verhältniss zutreffe, könne von einer Befriedigung der hauptsächlichen Bedürfnisse der Irrenfürsorge und einer Bewältigung des Zudrangs von Kranken zu den Anstalten gesprochen werden. Andere gehen über diese Forderung noch weit hinaus auf ein Verhältniss von 3 : 1000 und sogar 5 : 1000.

Wenn wir die erstere Proportion 2 : 1000 auf die künftig bei uns zu erwartende Bevölkerungszunahme anwenden wollen, so kommen wir mit Zuhilfenahme einer nach den für die Bevölkerungsstatistik maassgebenden Regeln der geometrischen Progression vorgenommenen, schätzungsweisen Berechnung zu folgenden Resultaten:

Bis zum Jahre 1905 hätten wir zu rechnen mit einer Bevölkerungszunahme von ungefähr 80000; für diese wäre nach dem obigen Verhältnisse eine Vermehrung der Irrenanstaltsplätze um 160, d. h. pro Jahr um 33 vorzunehmen. Für die Zeit von 1905—1910 wäre die Bevölkerungszunahme ungefähr 86000 und die für diese einzustellende Zahl von Anstaltsplätzen wäre 172 oder pro Jahr 34. Die gleiche Rechnung für das Lustrum 1910—1915 ergäbe eine Bevölkerungszunahme von 92000 und einen entsprechenden Zuwachs der Anstaltsplätze um 184 oder pro Jahr um 37.

Ebenso wäre für die Zeit von 1915—1920 und die anzunehmende Bevölkerungszunahme von etwa 95000 eine entsprechende Plätzezahl von 190 oder für das Jahr 38 Plätze anzusetzen.

Mit diesen und ähnlichen Zahlen, die eher zu klein als zu gross bemessen sein dürften und wohl, wie die Bevölkerungszunahme selbst, sicher mit der Zeit noch ansteigen werden, hätten wir als einfachen Resultanten aus dem jährlichen Anwachsen der Bevölkerung also auch nach Erstellung der neuen Anstalten noch weiterhin in der Irrenversorgung als einem bleibenden, treibenden Factor zu rechnen.

Wenden wir nun einmal, wenn auch nicht, um daraus für unser Programm bindende Schlüsse zu ziehen, sondern lediglich eines Vergleichs mit den thatsächlich bei uns bestehenden Verhältnissen halber, die obige Forderung der Irrenärzte d. h. die Proportion von 2 Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner auf den gegenwärtigen Stand der Bevölkerung von 1867944 Einwohnern an, so ergäbe sich daraus ein Bedarf von 3736 Plätzen in eigentlichen Irrenanstalten. Davon bestehen in Wirklichkeit 2395 Plätze in staatlichen und 707 in privaten Irrenanstalten; die letzteren sind übrigens vorwiegend für die Versorgung jugendlicher Schwachsinniger, Idioten und Epileptiker bestimmt.

Aber selbst mit Hinzunahme dieser 707 gelangen wir nur auf eine Summe von 3102 Plätzen und blieben somit hinter der Forderung von 3736 um 634 zurück; statt auf 2 : 1000 ständen wir auf der Proportion 1,66 : 1000.

Aus diesen Zahlen d. h. dem Fehlen von 634 Plätzen in der gegenwärtigen Anstalts-Irrenversorgung, bei Annahme des als nöthig befundenen Verhältnisses von 2 : 1000, verstehen wir nun erst vollkommen den fortwährenden, unverminderten Zudrang zu den Anstalten, trotzdem, wie oben gezeigt, vom Staate in den letzten 15 Jahren bedeutend mehr Plätze (um mehr als das Sechsfache), als der Zunahme der Bevölkerung allein entsprach, geschaffen worden sind.

Suchen wir nun aber dieses bereits bestehende Manquo von 634 abzutragen unter gleichzeitiger Be-

rücksichtigung auch der kommenden Bevölkerungszunahme nach dem gleichen Gesichtspunkte, so erhalten wir folgendes Ergebniss:

Bis zum Jahre 1905 betrüge, nach der bisherigen Progression gerechnet, die Gesammtbevölkerung ungefähr 1947000; die Plätzeanzahl hierfür in Irrenanstalten nach dem Verhältnisse 2 : 1000 wäre 3894 oder, wenn wir einmal den Stand der Plätze in den Privatirrenanstalten mit 707 als gleichbleibend annehmen, gegen den jetzigen Bestand ein Mehr von 792, resp., wenn man die ganze Last der Plätzebeschaffung auf diese 5 Jahre häufen würde, eine Bereitstellung von **158** neuen Plätzen auf jedes der 5 Jahre.

Bis zum Jahre 1910 mit einer wahrscheinlichen Landesbevölkerung von dann 2033000 wäre die entsprechende Plätzezahl 4066 d. h. gegen jetzt ein Mehr von 964, resp., gleichfalls auf das einzelne der 10 Jahre berechnet, eine Anforderung von 96 Plätzen jährlich.

Auf das Jahr 1915 mit einer approximativen Bevölkerung von 2125000 betrüge die Plätzezahl 4250 oder gegen jetzt 1148 mehr, resp. auf das einzelne dieser 15 Jahre 76,5 Plätze.

Für das Jahr 1920 schliesslich berechnet, ergäbe die Bevölkerung von dann etwa 2220000 eine Forderung von 4440 Anstaltsplätzen, d. h. gegen jetzt 1338 Plätze mehr; für jedes dieser 20 Jahre wären somit 1338 : 20 = 67 neue Plätze zu erstellen.

Aus der vorstehenden Berechnungsweise, welche, wie gesagt, einfach die Anwendung des nach statistischen Untersuchungen gefundenen Mindestsatzes von 2 : 1000 in der Irrenversorgung auf die gesammte gegenwärtige und künftige Bevölkerung also einschliesslich der nach Regeln der Statistik anzunehmenden Progression bedeutet, ergiebt sich nun zur Evidenz, dass der früher aus den thatsächlichen Entwicklungsmomenten unsres Anstaltswesens gewonnene und als maassgebend auch für die Zukunft erwiesene Ausdruck des jährlichen Mehrbedürfnisses an Anstaltsplätzen, nämlich die Zahl 80, von den hier erhaltenen Zahlen weit überholt wird; wir kommen auf **158** Plätze pro Jahr, wenn wir die nach dem Satze von 2 : 1000 bereits fehlenden und die der Bevölkerungszunahme bis 1905 entsprechenden Plätze zusammenlegen und dann das Ergebniss auf die nächsten 5 Jahre vertheilen, und auf **96** pro Jahr zu beschaffende Anstaltsplätze bei der gleichen Vertheilung auf **10** Jahre.

Erst dann können wir unsere Zahl 80 mit den hier aufgestellten Forderungen in Einklang bringen, wenn wir die Lasten zugleich auf volle **13—14** Jahre gleichmässig vertheilen, d. h. auf solange hinaus eine jährliche Neubeschaffung von 80 Anstaltsplätzen festlegen würden. Erst nach dieser Erfüllung, also nach 1914, wären wir auf einem Satze von 2 Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner angelangt und würden damit in der Irrenversorgung eine ruhigere Zeit, resp. ein Anwachsen des Plätzebedarfs allein nach den Bedürfnissen der Bevölkerungszunahme d. h. um 37—40 Plätze jährlich anzunehmen haben.

Bei dieser ganzen Berechnung haben wir aber den Ersatzbau für die alte Pforzheimer Anstalt (650 Plätze), sowie die Behebung der Ueberfüllung der übrigen Anstalten (160 Plätze) noch ganz ausser Acht gelassen. Selbstverständlich ist auch diese Schuld noch abzutragen resp. auch diese 810 Plätze in die Summe des Bedarfs aufzunehmen. Würden wir die Abtragung etwa auf 10 Jahre vertheilen, so hätten wir bis 1910 statt der obigen 964 nun 1774 neue Plätze zu schaffen oder auf 1 Jahr statt 96 nun 177.

Die Last auf 20 Jahre vertheilt, ergäbe statt der obigen 1338 bis zum Jahre 1920 2148 neue Plätze oder aufs Jahr statt 67 nun 107, also beidemal bedeutend mehr als nach der obigen Berechnung und auch nach dem Jahre 1920 noch mehr als unsere Zahl 80.

Wenn wir aber nun einmal einerseits für den Ersatz dieser 810 Plätze keinen bestimmten Zeitpunkt ansetzen und andererseits mit dem jährlichen Satze des Plätzemehrbedarfs nicht über die Zahl 80 hinausgehen wollten, so müssten wir, um alle Rückstände mit Einschluss der 810 Plätze abzutragen und zugleich die neu auftretenden Bedürfnisse zu befriedigen, die Zahl 80 auf ungefähr **33—34** Jahre hinaus festlegen d. h. auf solange immer wieder 80 neue Plätze pro Jahr bereitstellen. Erst nach dieser Zeit würde die Bevölkerungszunahme allein maassgebend für die fernere Bereitstellung neuer Plätze werden.

Man ersieht daraus, zu welchen Resultaten wir gelangen, wenn wir nur das mindeste der heutigen Tages von den Irrenärzten aufgestellten Postulate an die Plätzeverhältnisse in der Anstaltsversorgung der Irren in Ansatz bringen.

Eine Berechnung nach dem Prozentsatze 3 : 1000 oder gar 5 : 1000 ergäbe natürlich noch bedeutend höhere Anforderungen.

Wir kehren aber von diesem Excurs, welcher einen Einblick in die von der praktischen Psychiatrie nach einschlägigen, gründlichen Untersuchungen aufgestellten Forderungen geben sollte, zu unserer, unter Punkt **2** und **3** gegebenen Darstellung der thatsächlichen Entwicklung des badischen Anstaltswesens in den letzten 15 und 30 Jahren und des sich daraus für

die Zukunft aufdrängenden Bedürfnisses an die Anstaltsversorgung der Irren zurück.

Wir haben dort aus dreifacher Berechnung die Zahl 80 als ganz realen Ausdruck für die jährliche Anforderung an neuen Plätzen in Irrenanstalten gefunden und dieselbe aus der Vergangenheit auch in die nächste Zukunft als übertragbar betrachtet, und zwar deshalb, weil eben die gleichen Verhältnisse, welche die seitherige Steigerung des Plätzebedarfs hervorriefen, als treibende Kräfte noch jetzt wirksam sind, indem erwiesenermaassen der gleiche Andrang von Kranken aus dem Lande zu den Anstalten noch fortbesteht und manche unbefriedigte Ansprüche an die Irrenversorgung noch zu tilgen sind.

Wir haben des weiteren gesehen, dass dieser Zahlenausdruck durchaus kein übermässig hoher ist, sondern im Gegentheil ein Mindestmaass des Bedürfnisses darstellt und dass erst bei regelmässiger Beschaffung dieser Plätzezahl durch eine Reihe von Jahren hindurch ein Nachlass der Anforderungen eintreten kann, während andrerseits in der fortwährenden Bevölkerungszunahme allein an und für sich ein gleichmässig treibendes und immer wieder neue Plätze bedingendes Moment, wenn auch in gemässigterem Grade (nach Obigem handelt es sich um eine steigende Ziffer von 33—37 u. s. w. neuen Plätze pro Jahr) erhalten bleiben wird.

Mit der Gesammtheit unserer bisherigen Darlegungen dürfen wir aber hoffen, den überzeugenden Nachweis erbracht zu haben, dass wir dieses Maass von für ein Jahr neu zu beschaffenden 80 Anstaltsplätzen als vollberechtigte und wohl fundamentirte Forderung in unser Programm aufnehmen dürfen, wenn anders dasselbe in gleicher Weise den Verhältnissen der Gegenwart wie den Ansprüchen, die die nächste Zukunft stellen wird, gerecht werden soll.

Mit ihrer praktischen Ausführung wird man wenigstens im Laufe der Jahre das Ziel, dem unser heisses Bemühen gilt, erreichen können.

Aus dem Vorausgehenden aber dürfte des Weiteren zu erkennen sein, dass es einen eigentlichen Stillstand in der Anstaltsentwicklung, die ein Kind der aktuellen Zeitverhältnisse ist und mit diesen, wie im Besonderen mit der Bevölkerungszunahme, Schritt halten muss, nicht giebt und nicht geben kann. Wohl aber wird sie in ein ruhigeres Fahrwasser gelangen, je mehr wir die Aufnahmekapazität der Anstalten und zwar der wirklichen Irrenanstalten, einem gewissen Sättigungspunkt, wie er etwa in dem Verhältniss von 2 Anstaltsplätzen : 1000 Einwohnern gegeben zu sein scheint, nähern werden.

Nach dem Gesagten und wenn wir nur mit einer ganz allmählichen Einlösung unserer dringendsten Desiderien rechnen, kommen wir somit zu dem Resultate, dass:

1. für den Ersatz von Pforzheim 650 neue Plätze anzusetzen sind,

2. zur Hebung der zur Zeit in den staatlichen Anstalten bestehenden Ueberfüllung 160 neue Plätze und

3. zur Erfüllung der nächsten Zukunftswünsche pro Jahr ein Zuwachs von 80 Plätzen, d. h.

bis 1905 = 400 Plätze mehr
„ 1910 = 800 „ „
„ 1915 = 1200 „ „

in staatlichen Anstalten erforderlich sein werden.

Mit Hinzunahme der unter 1 und 2 normirten 810 Plätze wären somit

bis 1905 neu zu schaffen 1210;
„ 1910 „ „ „ 1610;
„ 1915 „ „ „ 2010;
„ 1920 „ „ „ 2410 Plätze.

Mit der Erfüllung dieser Anforderungen würde man dem Bedürfnisse in weitgehender Weise gerecht werden und auch der oben aufgestellten psychiatrischen Berechnung ziemlich nahe kommen.

Damit beschliessen wir unsere Darlegungen. Wir haben dieselben hier nochmals zum Abdruck bringen wollen, weil wir glauben, dieselben könnten allgemeiner für die Feststellung der Bedürfnisse der Irrenversorgung auch in andern Ländern und Bezirken von Interesse werden.

Der Redaktion der Zeitschrift bleiben wir für den zur Verfügung gestellten Raum zu lebhaftem Danke verpflichtet.

Mittheilungen.

— Die Trinkerheilstätte **„Waldfrieden"** bei Fürstenwalde a. Spree, welche am 31. December 1901 ihr erstes Betriebsjahr vollendete, hat ihren ersten Bericht ausgesendet. Es wurden bis dahin (Eröffnung im Juli 1900) 86 Kranke aufgenommen, davon 63 entlassen, nämlich 22 geheilt, 12 gebessert, 17 ungeheilt; 8 wurden wegen ihres Verhaltens gegen die Hausordnung entlassen, 1 wegen Siechthums in ein Krankenhaus, einer in eine Irrenanstalt; einer kehrte in die Anstalt zurück. Obgleich alle Aufgenommenen ausnahmslos beim Eintritt sofort abstinent gehalten



wurden, brach doch bei keinem das Delirium aus; dabei wurden fast alle direct von der Strasse her, zum Theil in einem unglaublichen Zustande eingeliefert. Mehrere der Entlassenen haben sich nachgewiesenermassen bereits länger als ein Jahr vollständig frei von Alcohol gehalten. Leider verliessen manche Patienten vorzeitig gegen ärztlichen Rath die Anstalt; Mittel, einen Trunksüchtigen in letzterer zurückzuhalten, giebt es nicht, und in den beiden Fällen, wo es wegen bereits erfolgter Entmündigung möglich gewesen wäre, war es nutzlos, denn diese Fälle waren unheilbar. Weise Gesetzgebung! Auch wird beklagt, dass die Verwaltungen bezw. Armendirectionen noch zu wenig oder garnicht von der Anstalt Gebrauch machen. „Gleichfalls erfolglos und auch ohne Antwort blieben unsere Gesuche an die Directionen sämmtlicher Krankenanstalten Berlins". (Bei der rückständigen Auffassung, welche massgebend sein wollende Berliner „Autoritäten" in der Alcoholfrage haben, überrascht uns das garnicht. Red.) Die Anstalt „Waldfrieden" ist eine Wohlfahrtseinrichtung des Bezirksvereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke für Berlin und Umgegend. (Vorsitzender unser Herr Mitherausgeber Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Guttstadt-Berlin.) Die Oberleitung der Anstalt führt Stadtrath Dr. med. Waldschmidt, Arzt der Anstalt ist Dr. Jacke. Eine kurze Beschreibung der Anstalt führt Folgendes aus: „Demnach (d. h. wegen des Characters der Wohlfahrtseinrichtung) kommen Einnahmen, die dem Unternehmen zufliessen, der Anstalt und ihren Pfleglingen zu Gute, etwaige Ueberschüsse der Betriebskosten werden für Freibetten oder zur Unterstützung hilfsbedürftiger Familien der Kranken oder dieser selbst nach ihrer Entlassung verwendet werden.

Die Anstalt ist für solche männliche Kranke bestimmt, deren Zustand Heilung, also die Wiedererlangung ihrer geistigen und körperlichen Kräfte, sowie ihrer früheren Erwerbsfähigkeit erhoffen lässt.

Die ärztliche Ueberwachung und Behandlung der Kranken ist ausreichend vorgesehen; ebenso ist für die seelsorgerische Thätigkeit in der Heilstätte gesorgt.

Die Heilstätte ist 3 Kilometer von Fürstenwalde (Vorortstation zwischen Berlin und Frankfurt a. d. Oder, von hier wie dort in ca. 40 Minuten zu erreichen) an der Chaussee nach Steinhöfel gelegen.

Auf dem $43\frac{1}{8}$ ha oder 170 Morgen grossen Grundstück ist ein Hauptgebäude neu erbaut, welches nach Norden, der Chausseeseite, durch einen breiten Waldstreifen gedeckt ist, nach Südost einen prächtigen freien Blick auf die in weitem Umkreise mit Wald begrenzten Aecker und Wiesen bietet. Die Lage ist durch ihre völlige Abgeschlossenheit bei relativ leichter Erreichbarkeit für den Zweck der ärztlichen Behandlung von Trunksüchtigen eine besonders günstige zu nennen. Das Ganze bietet einen reizvollen Landaufenthalt.

Das Anstaltsgebäude liegt mit seiner Längsachse von Nordost nach Südwest, also mit seinen Breitseiten nach Südost und Nordwest; die erstere bildet die Hauptfront, während der Haupteingang an der Nordwestseite sich befindet. Es enthält in Folge dieser Lage keinen Raum, der nicht dem directen Sonnenlicht zugänglich ist. Der Bau ist im Ziegelrohbau ausgeführt und besitzt ein Kellergeschoss, ein Erd- und ein Obergeschoss. Das Kellergeschoss, das übrigens ganz zur ebenen Erde liegt, enthält die Wohnung des Hausvaters, 2 Dienstbotenzimmer, die Küche, die Vorrathsräume, den gemeinschaftlichen Speisesaal und das Billardzimmer. Das Erdgeschoss enthält einen Aufenthaltsraum mit grosser gedeckter Veranda, ein Bureau, ein Wartezimmer, 2 Arztzimmer, 6 Krankenzimmer mit je 3 Betten und 3 Krankenzimmer mit je 1 Bett. In dem Obergeschoss befinden sich 3 Einzelzimmer, 7 dreibettige und ein fünfbettiger Krankenraum mit grosser Terrasse. In jedem der beiden Stockwerke befinden sich Closet, Bade- und Wirthschaftsraum, wie je ein Zimmer für 2 Wärter. Die einzelnen Stockwerke sind durch ein breites Treppenhaus mit einander verbunden. Das Ganze wird von einem grossen Boden überdeckt. In den Einzelzimmern beträgt der Luftraum mindestens 35 Kubikmeter; in den mehrbettigen Räumen kommen mindestens 27 Kubikmeter Luftraum auf ein Bett. Die Heilstätte kann 50 trunksüchtige Männer aufnehmen. 250 Meter entfernt vom Hauptgebäude und mit diesem durch einen Weg verbunden liegt das Wirthschaftsgebäude, das ebenfalls in Ziegelrohbau errichtet ist. Der das Grundstück begrenzende eigene Wald und die sich anschliessenden Gemeindewaldungen bieten der Anstalt nicht nur Schutz, sondern auch andere Annehmlichkeiten, sodass die Lage der Anstalt hervorragend gesund und schön genannt werden kann.

— Die diesjährige Versammlung des **Vereins nordostdeutscher Psychiater** findet am 7. Juli in Danzig statt.

— Der Resolution des deutschen Reichstags, die verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufenthaltsverhältnisse und die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie die Entlassung aus denselben **reichsgesetzlich** geregelt werden, hat nunmehr der Bundesrath zugestimmt, was wir mit besonderer Freude begrüssen.

— **Berlin.** Die städtische Deputation für die Irrenpflege beschäftigte sich in ihrer letzten Sitzung mit dem Antrage zwei neue Irren-Anstalten zur Aufnahme pflegebedürftiger Kranker zu errichten. Vor einigen Jahren genügte für Berlin die Anstalt Dalldorf noch vollständig zur Aufnahme der städtischen, einer Anstaltspflege bedürftigen Kranken. Als sich dann eine Zunahme dieser Kranken bemerkbar machte, wurde Dalldorf, wo jetzt durchschnittlich rund 3000 Irre und Idioten behandelt werden, vergrössert und Herzberge gebaut. Auch diese Anstalt, die sich in Lichtenberg befindet, musste bald vergrössert werden. Es werden dort durchschnittlich rund 1800 Kranke behandelt, davon befinden sich stets eine geringere Zahl in Familienpflege und in Privatanstalten. Eine dritte, bedeutend grössere Anstalt ist in Buch an der Stettiner Eisenbahn im Bau begriffen. Sie geht in nächster Zeit ihrer Vollendung entgegen. Da sich in der letzten Zeit die Anmeldungen geisteskranker, einer Anstaltspflege bedürftiger Personen vermehrt haben und eine Abnahme kaum zu erwarten ist, so hat die Deputation für die städtische Irrenpflege beschlossen, den Gemeindebehörden den Bau von zwei neuen Irren-Anstalten vorzuschlagen und diesen Antrag damit zu begründen, dass die Irrenanstalt Buch nicht genügt, auf Jahre hinaus die steigende Zahl von geisteskranken und pflegebedürftigen Personen aufzunehmen.

— **München.** Nach dem Vorbild der in Berlin, Augsburgerstrasse 62 und Lessingstrasse 46, unter Aufsicht der Herren Geheimräthe Prof. Dr. Eulenburg und Ewald neuerrichteten Institute für Behandlung von Nervenkrankheiten, ist nunmehr auch in München eine Station vorgesehen, die, unter Aufsicht des Herrn Universitätsrath Prof. Dr. Jos. von Bauer, von den Nervenärzten Drs. F. C. Müller und Hoeflmeir geleitet wird. Das Institut wird in dem neuen Sanatorium von Dr. Ammann, Königinnenstrasse 14, untergebracht werden.

— **Königsberg.** Eine neue Nervenheil-Anstalt wird demnächst in dem idyllisch gelegenen ehemaligen Adl. Gut Speichersdorf, dessen herrliche Parkanlagen wie dazu geschaffen sind, eröffnet werden. Der zeitige Besitzer des Grundstücks und Erbauer der Anstalt ist Director Nischik. Für die Stelle des technischen Directors ist, wie wir hören, eine Kapazität auf dem Gebiete der Nervenheilkunde, Dr. Steinert gewonnen worden. Die Bauleitung befindet sich in den Händen des Baumeisters Pflaum hier, aus dessen Atelier auch die Pläne für die umfangreiche Anlage hervorgegangen sind. Die Anlage und Einrichtung der Anstalt soll in jeder Hinsicht den Ansprüchen der Neuzeit Rechnung tragen und sie wird mit allem Komfort ausgestattet werden.

— **Ein verhungerter Geisteskranker.** Zu Beginn dieses Jahres ist in einem oberpfälzischen Dorfe ein Ortsarmer verhungert. Die Angelegenheit bildete den Gegenstand einer Verhandlung vor der Strafkammer in Amberg. Ueber den Sachverhalt berichten die „Berl. Neuest. Nachr." folgendes: Die Gemeinde des Pfarrdorfes Neukirchen bei Schwandorf besass einen epileptischen, geistesschwachen Ortsangehörigen, den zwanzigjährigen Max Graf. Dieser war bis vor kurzem in der Anstalt Reichenbach gewesen. Dann aber erschien der Gemeinde der jährlich aufzuwendende Unterstützungsbeitrag von 200 Mark zu hoch. Der junge Mann wurde aus der

Anstalt genommen und ins Ortsarmenhaus geschafft. Damit glaubte man aber genug gethan zu haben. Der arme hülflose Geistesschwache wurde, obwohl er sich nicht einmal mehr selbst bedienen konnte, seinem Schicksal überlassen. Niemand kümmerte sich um ihn, weder seine Mutter noch die einzige Mitinsassin des Armenhauses, eine ortsarme ältere Frau, noch die Gemeindebehörden. Es soll nicht einmal ein Lager für ihn vorhanden, noch weniger aber trotz der Winterkälte für Heizung gesorgt gewesen sein. Weithin schallten in den ersten Tagen des neuen Jahres die Jammerrufe des Bedauernswerthen, aber auch das veranlasste niemand, sich seiner anzunehmen. Schliesslich verstummten die Klagen des armen Menschen. Er wurde eines Tages, in einem Winkel des Armenhauses zusammengekauert, todt aufgefunden. Er war verhungert. Die Gemeinde wollte ihn kurzer Hand beerdigen. Da erschien infolge einer bei der Gendarmerie erfolgten Anzeige eine Gerichtscommission im Orte und nahm eine Untersuchung vor. Die Obduction der Leiche durch den Landgerichtsarzt ergab, dass der Magen vollständig leer gewesen war; in den Eingeweiden fanden sich Ueberreste von Tuch und Getreidekörnern vor. Beide Beine waren erfroren. Der Körper war zu einem Skelett abgemagert und mit Ungeziefer bedeckt. Infolgedessen hat die Staatsanwaltschaft gegen die für das Vorkommniss verantwortlichen Personen, denen die Fürsorge für den völlig hülflosen Menschen oblag, Anklage wegen fahrlässiger Tödtung erhoben, und zwar gegen den Pfarrer Bergler, den Bürgermeister des Ortes, den früheren Centrumsabgeordneten im bayerischen Landtage, Martin Lautenschlager, den Armenpflegschaftsrath Trettenbach, den Ortsführer Moritz und den Gemeindediener Kagerer. Die Strafkammer hat den Pfarrer Bergler zu acht Tagen Gefängniss, den Bürgermeister Lautenschlager zu drei Monaten und den Armenpflegschaftsrath Treffenbach zu einem Monat Gefängniss verurtheilt. Der Ortsführer Moritz und der Gemeindediener Kagerer wurden freigesprochen.

Referate.

— The Journal of Mental Science. April 1901. (Schluss.)

Joseph Shaw Bolton bringt eine sogenannte vorläufige Mittheilung über krankhafte Veränderungen bei der Dementia. Er hat 6 Hinterhauptlappen mikroskopisch durchforscht. Hier sollen nämlich weniger grobe Veränderungen vorkommen wie in den Stirnlappen. Er fand, 1) dass die Dicke der Pyramidenzellenschicht wechselt mit dem Grade der Amentia oder Dementia, und 2) dass die mikroskopisch nachgewiesenen krankhaften Veränderungen von dem Grade der Dementia allein abhängen, dagegen unabhängig sind von der Dauer der Geisteskrankheit.

Wiglesworth erzählt einen Fall von reinem Mordimpuls. Als Direktor hatte er zwei geisteskranke Frauen in seinem Haushalte beschäftigt. Die H. hatte verschiedene Grössenideen und war eine harmlose Person. Die Gr., 28 Jahre alt, Rekonvaleszentin, war vor einigen Monaten aufgenommen worden. Sie war damals sehr deprimirt, zurückhaltend, schweigsam und verrieth einige unbestimmte Vergiftungsvorstellungen. Zur Zeit schien sie gesund und war schon überall in der Anstalt beschäftigt worden. Eines schönen Morgens wurde Verf. durch Gekreisch und Schreie vom Frühstück aufgeschreckt und wie er die Treppe hinaufeilte, sah er die Gr. auf der H. knieen und sie im Nacken mit einem Tischmesser bearbeiten. Er riss die Mörderin weg, die alsdann in einen anstossenden Gang lief. Die Wunde erwies sich später als tödlich, da die Vertebralis durchschnitten war. Einige Stunden später inquirierte Verf. die Gr. Er konnte keine Wahnideen und keine Sinnestäuschungen bei ihr nachweisen. Sie zeigte sich etwas erregt, war aber in ihrem Reden vernünftig und zusammenhängend. Sie sagte aus, was sie schon vorher der Oberwärterin gegenüber geäussert hatte, sie sei diesen Morgen in einer verzweifelten Stimmung aufgestanden und habe den unbestimmten Drang gefühlt, jemanden zu töten. Möge kommen was wolle, sie müsse jemanden den Hals abschneiden. Sie habe nichts gegen die H. gehabt. „Das arme Ding“ thue ihr leid. Sie habe sie nur angefallen, weil sie ihr eben zuerst begegnet sei. Das Messer hatte sie sich aus einem Schrank zu verschaffen gewusst. Der Oberwärterin erzählte sie noch am gleichen Abend auf ihre Fragen, sie habe vor 14 Tagen denselben Drang in sich gespürt zu töten. Sie arbeitete damals auf einem Korridor der Abtheilung und wusste sich ein Messer zu verschaffen, das sie unter der Schürze verbarg. Darauf lief sie einem der Dienstmädchen nach, mit der Absicht, es ihr in den Nacken zu stossen. Zufällig kam ein andres Dienstmädchen dazwischen, worauf sie von ihrem Vorhaben abstand und das Messer wieder an seinen Platz legte. Sie setzte dann ihre Arbeit fort, und der Drang schwand allmählich. Ein ähnlicher Vorfall habe sich einmal in der Küche abgespielt. Sie erzählte alles ganz trocken und verrieth nicht die geringste Spur von Gewissensbissen. Nach 24 Stunden wurde sie mürrisch und schweigsam. Nach 2 Tagen wurde sie erregt und hysterisch und als sie vom Gericht verhört werden sollte, begann sie zu singen, richtete unverschämte Bemerkungen an einen der Zeugen, wurde schliesslich ohnmächtig und kümmerte sich nicht weiter mehr um die Vorgänge. An jenem Morgen war die Menstruation eingetreten. Da sie weiter schwatzte von Mord, Halsabschneiden und sehr erregt war, kam sie nach Broadmoor.

Eltern blutsverwandt, abnorm. Geisteskrankheiten in der Familie. Die Gr. hatte mit 9 Jahren mit einer Kanne einen Schlag auf den Kopf erhalten. Seitdem „Anfälle“. Ruhig, zurückhaltend, fromm. Neuralgie. Zeitweise Trunk. Ihr Aufenthalt schwankte zwischen Freiheit, Irrenanstalt, Arbeitshaus, Mädchenheim. Eine Oberin schilderte sie als trunk- und streitsüchtig. In der Irrenanstalt wechselte Schweigsamkeit mit Erregtheit. Es fehlte ihr die Selbstbeherrschung. Manchmal war sie gewaltthätig, zerriss, warf sich auf den Boden, behauptete Kinder schreien zu hören. Sie hatte auch schon scheinbare Selbstmordversuche gemacht.

Verf. schliesst mit Recht, dass es sich hier um eine degenerierte und erblich belastete Person handle. Der Fall verliert aber doch etwas von seiner Kuriosität, wenn man bedenkt, dass der Mordimpuls durchaus nicht

als isolierte Erscheinung dasteht, ohne ursächlichen Zusammenhang, vielmehr lässt er sich hier in das Symptomenbild der auf degenerativer Basis beruhenden schweren Hysterie einreihen. Man braucht nicht mit Verf. nach dem Atavismus hinüber zu schielen, oder sonstige gezwungene Erklärungsgründe zu suchen. So etwas würde auch kaum einem Richter einleuchten, wenn es sich um einen forensischen Fall handelte. Der bei diesen Impulsen sich abspielende Gehirnmechanismus bleibt uns allerdings verborgen, man kann eben einen solchen Fall nur an der Hand bekannter Erfahrungsthatsachen erklären.

Arthur Wilcox beschreibt einen Fall von „akuter Melancholie" bei Zwillingen. Es waren zwei ledige Frauenzimmer, 47 Jahre alt, ohne erbliche Belastung. Der Tod ihres vor kurzem verstorbenen Vaters soll die Ursache ihrer Geisteskrankheit gewesen sein. Sie erkrankten fast zur selben Zeit an „akuter Melancholie". Sie machten Selbstmordversuche, waren erregt und unruhig. Ihre Reden und Gebärden glichen einander auffallend. Die eine hielt sich für das schlechteste Weib, sie habe ihre Schwester geisteskrank gemacht. Die andre schwätzte und machte ihr alles nach. Ihr Geschwätz und Benehmen war erotisch und obscön. In der Anstalt liess man sie einige Tage beisammen, aber auch, als sie getrennt worden waren, war das Krankheitsbild bei beiden fast das gleiche. Ruhigere Zeiten bei Arbeit wechselten mit den geschilderten Zuständen. Merkwürdig an den beiden Fällen ist die Diagnose: „akute Melancholie". Hysterie wäre wohl besser gewesen.

Um Golgi-Präparate dauerhaft zu machen, haben Robertson u. Macdonald je eine Methode erfunden. Mit den nach der Modifikation von Cox behandelten Präparaten wird so weiter verfahren: I. Nach der Methode von Robertson: 1) Die Schnitte 15 Minuten in eine gesättigte Lithiumkarbonatlösung legen. 2) Rasch abspülen. 3) 1—2 Tage in gleiche Theile einer 1% Kaliumchlorplatinlösung und einer 10% Citronensäurelösung legen. Die Lösungen müssen frisch sein. Im Dunkeln aufbewahren, dann 4) 1—2 Stunden ins Wasser, bei mindestens zweimaligem Wechsel der Wassers. 5) Dann 5 Minuten in gleiche Teile eines mit Jod gesättigten 1% Jodkaliumlösung und Wasser. 6) In Wasser waschen. 7) 5 Minuten in ein Wasserglas legen bei Zusatz von 2—3 Tropfen Ammoniak. 8) In Wasser waschen. 9) In absoluten Alkohol, in Benzol, in Benzolbalsam. Deckglas. II. Nach der Methode von Macdonald: Die nach Cox imprägnierten Gewebsstücke über Nacht in eine reichliche Menge destillierten Wassers legen. Dann eine halbe Stunde in rektifizierten Spiritus. Darauf mit dem Mikrotom*) schneiden, jeden Schnitt in ein Uhrglas mit rektifiziertem Spiritus legen. Den untern mit dem Anisöl in Berührung gekommenen Theil des Gewebsstückes nicht benutzen. Nun die Schnitte 1) aus dem rektifizierten Spiritus in destilliertes Wasser legen. 2) 24 Stunden in Lösung N. 1 und 2.

a) Lösung N. 1: 1% Kaliumchlorplatinlösung.

b) „ N. 2: Unterschwefligsaures Natrium 40,5g (1½oz)

Schwefligs. Natrium 23,25g (¾oz)
Chlorsaures „ 7,75g (¼oz)
Destilliertes Wasser 0,3l (10 Fluidounces)

3) Dann 2 Minuten in Salzsäure 1:80, 2—3 mal wiederholen. 4) 10 Minuten in Lösung N. 2. 5) Darauf in gleiche Theile einer 1% spirituösen Jodlösung und destillierten Wassers, bis die Schnitte wie die Lösung gefärbt sind. 6) 10 Minuten in Lösung N. 2 aufhellen und fixieren. 7) 2 Stunden in viel destilliertes Wasser legen. 8) In Alkohol absolutus, in Benzol, in Benzolbalsam, Deckglas. Die Schnitte sollen jeweils mit einem Pinsel oder Federkiel, nicht mit einem metallenen Instrument, herausgenommen werden. —

Kleinere Bemerkungen.

Seit das Trunksuchtsgesetz am 1. Jan. 1899 in Kraft getreten ist, macht man sich eifrig an die Errichtung von Trinkerheilanstalten. Im genannten Jahre wurden 5 Erlaubnisscheine hierfür ertheilt. Indessen wurden im Laufe des Jahres nur 88 Kranke verpflegt, eine sehr geringe Zahl. Viele von diesen Fällen waren zwar nicht eigentlich geisteskrank, aber doch Grenzfälle.

In den Irrenabtheilungen der Arbeitshäuser waren verschiedene Todesfälle vorgekommen, die eine gerichtliche Untersuchung nach sich zogen. Das Resultat scheint gewesen zu sein: Nichts gewisses weiss man nicht. Abgesehen von Todesfällen ist das Leben in diesen Abtheilungen reich an sogen. bedauerlichen Zwischenfällen. Das Personal ist spärlich und unausgebildet, die Aerzte haben viel zu thun, sind schlecht bezahlt, keine Fachmänner, ihr Einfluss ist fast Null. Diese Irrenabtheilungen der Arbeitshäuser scheinen die reine Karikatur einer modernen Irrenanstalt zu sein. Sie gleichen in dieser Beziehung vielfach unsern Siechenhäusern und Kreispflegeanstalten, wo man auch alles mögliche und unmögliche zusammensperrt. Allerdings dürfen diese bei uns keine frischen Fälle aufnehmen.

In Irland will man jetzt das schöne Beispiel von Schottland nachahmen, das in Edinburgh ein Centrallaboratorium für seine Irrenanstalten errichtet hat.

Da wir bei den Lesern ein grosses Interesse für Pensionierungen voraussetzen, lassen wir die Pensionierungsliste von 1892 anfolgen. Ob die meistens wegen ill health Pensionierten alle Direktoren waren, können wir nicht sagen, nur bei N. 7 heisst's: Assistant medical officer, also Assistenzarzt. Wir gratulieren!

Nr.	Alter	Dienstzeit Jahre	Dienstzeit Monate	Gehalt in Pfund	Pension	Theil des Gehaltes
1	50	25	—	1000	400	21/60
2	60	40	—	1250	671	32/60
3	51	20	3	1000	350	21/60
4	65	40	—	780	507	39/60
5	55	10	6	1440	850	35/60
6	51	15	—	2500	1000	24/60
7	48	23	—	470	220	28/60
8	63	30	—	1125	742	39/60
9	68	43	—	1500	700	28/60
10	51	24	7	550	284	31/60
11	56	12	—	1200	600	30/60
12	56	25	6	1300	500	23/60

Ganter.

*) Mit dem Mikrotom von Cathcart nach Coats' Methode schneiden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton**, Graz, **Prof. Dr. Bleuler**, Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger**, Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin, **Dr. P. J. Möbius**, Leipzig, **Director Dr. Morel**, Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 11. 14. Juni. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber periodischen Wahnsinn.

Von Prof. *Bleuler*, Burghölzli (Zürich).

Unter dem Namen periodisches Irresein fasste Kräpelin vor 6 Jahren eine Anzahl Krankheiten zusammen, deren gemeinsame Symptome folgende waren: Verlauf in Anfällen; in den Zwischenzeiten keine eigentliche (progressive) Verblödung, wenn auch Gemüthslabilität und Neigung zu einer Art transitorischer andeutungsweiser Schwankungen im Sinne der eigentlichen Anfälle recht deutlich ist; in den Anfällen manischer und melancholischer Symptomenkomplex (d. h. gehobene Stimmung, Ideenflucht, Bewegungsdrang einerseits, Depression, Hemmung der Assocationen und Motilität andererseits; daneben auch gemischte Gruppirung dieser Einzelsymptome); Abwesenheit der für andere Krankheiten charakteristischen Symptome: primäre Orientirungsstörungen, katatone, paralytische Symptome, (primäre) Gedächtnissstörungen etc. Hallucinationen oder Wahnideen können wie bei allen andern Psychosen hinzutreten, sind aber nicht nothwendig.

Zu dieser Gruppe gehörte das cyclische Irresein, die periodische Melancholie und Manie, alle reinen Manien und rein melancholischen Zustände (mit Ausnahme der Involutionsmelancholie), ob sie sich nun häufiger wiederholten oder nicht.

Diese Aufstellung begegnete starkem Widerspruch, der aber immer in einen Wortstreit auslief, indem man behauptete, ein Theil dieser Störungen könne unmöglich als „periodisch" bezeichnet werden.

So taufte Kräpelin die Gruppe in der folgenden Auflage seines Lehrbuches um in manisch-depressives Irresein.

Nach meinen Erfahrungen entspricht die Darstellung Kräpelins vollständig den Thatsachen.

Einen symptomatologischen Unterschied zwischen einfacher und periodischer Manie, einfacher und periodischer Melancholie, zwischen diesen Gruppen und denen mit gemischten Anfällen, handle es sich um einen regelmässigen Cyclus oder um unregelmässige Schwankungen, konnte ich nie entdecken. Die Krankheiten gehen kontinuirlich in einander über, wenn auch bei dem einen Patienten Vorliebe zu manischen, beim andern Vorliebe zu melancholischen

oder zu cyclischen Anfällen vorherrscht. Wenn man ein ganzes Leben übersehen kann, so fehlen unter vielen Anfällen gleichen Charakters selten einige anders geartete; der periodische Maniakus hat einzelne melancholische Anfälle durchgemacht, der Melancholische wird gelegentlich einmal manisch, ein regelmässig ablaufender Fall wird unregelmässig u. s. w.

Sogar die Heredität, die sich von der Heredität bei andern Geisteskrankheiten unterscheidet, ist allen Formen gemeinsam, wenn auch (wie beim einzelnen Individuum) die Familienanlage bald die melancholischen Störungen bald die manischen Aufregungen bevorzugt.

Kräpelin hat es aber unterlassen, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass auch „Wahnsinnsformen" (Vesania) vorkommen können, obgleich seine Beschreibung zeigt, dass er solche Fälle gesehen haben muss. Der Name „manisch-depressives Irresein" scheint Anfälle ohne primäre Gefühlsstörung geradezu auszuschliessen.

Mit dem Worte „Wahnsinn" oder — weil das zu diesem Worte gehörige Adjektiv schon vergeben ist — „Vesania" soll hier ein Krankheitsbild (nicht eine Krankheit) verstanden sein, das charakterisirt ist durch Störungen auf intellektuellem Gebiet und Zurücktreten oder Fehlen von Anomalien des Gemüthes.

Der Wahnsinn in diesem Sinne bildet einen Gegensatz zu den manisch-depressiven Krankheitsbildern. Durch Hinzutreten von manischen oder melancholischen Symptomen in verschiedenstem Grade hinsichtlich der Dauer und Intensität derselben können diese vesanischen Formen durch den „melancholischen Wahnsinn" und den „manischen Wahnsinn" in den manischen respective melancholischen Zustand übergehen. Gerade wie das manische und das melancholische Zustandsbild kommt auch das vesanische bei den verschiedensten Krankheiten vor, mischt sich dann aber mit den specifischen Symptomen dieser Psychosen (Paralyse, Dementia praecox u. s. w.),

Im Wahnsinn selbst haben wir zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: Diejenigen mit Vorwiegen der Halluzinationen und diejenigen mit blosser oder vorwiegender Wahnbildung. Da dieselben sogar beim einzelnen Patienten ganz fliessend in einander übergehen, werden sie unter jenem Namen hier zusammengefasst.

Die halluzinatorische Form ist in etwas anderer Abgrenzung unter verschiedenen Namen bekannt, von denen Amentia und Delirium halluzinatorium hier angeführt werden mögen. Die einfache Form — oder auch die ganze Gruppe — wurde auch als acute Paranoia bezeichnet. Da der letztere Ausdruck für einen andern Symptomencomplex — nach Kräpelin für eine andere Krankheit — schon längst vergeben ist, werden wir ihn hier vermeiden. Die Paranoia im Sinne Kräpelins ist trotz der äusseren Aehnlichkeit nicht nur durch den chronischen Verlauf, sondern auch durch die Art der Associationsstörungen, der Gemüths- und Motilitätsaffection toto coelo von dem Wahnsinn verschieden.

Keine Rücksicht wird im Folgenden darauf genommen, ob Verworrenheit und Traumzustand (Dämmerzustand) dabei sei oder nicht. Verworrenheit entsteht aus den allerverschiedensten Störungen: Fast jede Art von Associationsstörung führt zu diesem Bilde, wenn sie hochgradig ist; massenhafte Hallucinationen erzeugen sie ebenfalls. Was das Wesen des Traumzustandes ausmacht, ist uns noch nicht klar; die Begriffe der Einengung des Bewusstseins, der ungenügenden Auffassung oder Verarbeitung der Sinneseindrücke u. s. w. befriedigen unser Erklärungsbedürfniss nicht recht. Es kommt hinzu, dass beim gleichen Kranken wie von einem Fall zum andern Verworrenheit und Traumzustand bald fehlen, bald vorhanden sind, so dass ihre Bedeutung für unsere Betrachtung eine sekundäre zu sein scheint.

Periodischer Wahnsinn ist unter verschiedenen Namen schon mehrfach beschrieben worden, ich nenne nur Spielman, Kirn, Mendel, Meschede, Bechterew, Pilcz, Köppen*).

Alle diese Autoren lassen aber die nosologische Stellung dieser Krankheitsbilder im Unklaren. Der engere Begriff der periodischen Störung kann eben nur theoretisch abgegrenzt werden; in praxi, reisst er Zusammengehöriges auseinander und bringt ganz verschiedene Dinge zusammen. Verlangt man mit Pilcz eine ziemlich regelmässige Wiederholung der Anfälle und eine ziemliche Gleichheit der verschiedenen Anfälle beim nämlichen Individuum, so werden wenige Krankheiten, die viele Jahrzehnte beobachtet sind, hieher gezählt werden dürfen. Nicht einmal die Epilepsie, die doch nach Manchen den Namen einer periodischen Störung vollauf verdient, könnte man oft hieher rechnen.

Ich möchte nun durch einige Beispiele zeigen,

*) Mendel. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 44. pg. 617. Ziehen. Monatsschr. für Psych. und Neurol. Bd. III pg. 30. Meschede. De le paranoia periodique XIII, Congr. intern. de Paris 1900, p. 140, und Skierlo, Ueber period. Paranoia. Diss. Königsb. 1900. Bechterew. Ueber period. acute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1899. Pilcz. Die period. Geistesstörungen, Wien 1901. Pick, Berl. Klin. Wochenschr. 1899. Köppen. Neurol. Centr.-Bl. 1899, S. 434.

dass der „periodische Wahnsinn" eine Untergruppe des manisch depressiven Irreseins bildet und dass die Kenntniss dieser Formen vor der Annahme heilbarer chronischer Paranoia schützt und in manchen einzelnen Fällen eine richtige Prognose erlaubt, die sonst nicht gestellt werden könnte*).

Fall I.

Bäuerin, geb. 1827. Ein Stiefbruder hatte mehrere Dezennien lang manische Anfälle, in den letzten Lebensjahren dazwischen einige depressive Anfälle.

Patientin war von 1863 an dauernd wegen periodischer Manie in der Irrenanstalt. Anfälle reiner Manie meist etwa alle zwei Jahre, mehrere Monate dauernd, dann alle Jahre. Von Mitte der 80er Jahre an meist zwei Anfälle im Jahre. Im Sommer 1890, mitten in einem manischen Anfall, schwerer Darmkatarrh. Zu gleicher Zeit Auftreten von Hallucinationen und Angst, es seien viele böse Leute da, hörte Stimmen von Männern, die in die Anstalt eindringen, die Leute fortnehmen wollten, um sie in einer Höhle umzubringen. Grosse Präcordial-Angst, wahrscheinlich im Zusammenhang mit einem Herzfehler, der nicht mehr recht compensirt war. Nach einigen Wochen verschwanden die Hallucinationen, dann langsame Besserung. Von nun an Mischung verschiedener Anfälle: manischer Wahnsinn, melancholischer Wahnsinn, einfache, zum Theil etwas kraftlose, zum Theil flotte Manie; alle meist von kurzer Dauer, aber sehr häufig. 1899 Hinzutreten deutlicher Erscheinungen von Hirnatrophie. Tod an Carcinom eines Nävus 11. VIII. 00.

Fall II.

Arbeitslehrerin, geb. 1847. Eine Schwester melancholische Selbstmörderin.

8. VIII. bis 14. X. 90 im Burghölzli wegen eines verwirrten Traumzustandes mit Gewaltthätigkeit, Ideenflucht. Nachträgliche Erinnerung an die wirklichen Vorkommnisse fehlte fast ganz, dagegen erzählte Patientin von einem wunderbar schönen Traumleben. Es war ein grosses Arbeitsfeld da, für das nicht genug Leute sich fanden, sie hörte die Leute singend von den Alpen kommen u. s. w. Während der Besserung war sie nur sehr allmählich von der Irrealität dieser Erscheinungen zu überzeugen. Geheilt.

1893 kurz dauernde Aufregung, die draussen überstanden wurde.

27. III. 98 ins Burghölzli gebracht mit der Diagnose: Paranoia (chronica). Entwickelte ein confuses Wahnsystem, das sich auf wirkliche Differenzen mit dem Vormund ihres Sohnes bezog. Daneben Ideenflucht, Bewegungsdrang, gehobene Stimmung. Viele Hallucinationen und auf der Höhe der Krankheit zeitweise Verwirrtheit. Gebessert entlassen, 15. VII 98.

27. I. 99 bis 25. VIII. 99. Manie mit weniger hervortretenden Hallucinationen. Gebessert. 6. IX 01 bis 23. XII. 01 Manie ohne Hallucinationen. Gebessert entlassen.

Der erste Anfall der Patientin war ein reiner Traumzustand, dann kam eine hallucinatorische Manie mit einem festgehaltenen, wenn auch confusen Wahnsystem, dann einfache Manie.

Fall III.

Hausfrau, geb. 1865. Mutter, Vater, Bruder geisteskrank. Körperlich etwas schwächlich, geistig gut entwickelt.

1887 Melancholie nach Erkrankung der Mutter, ca. 1892 nach dem 1. Wochenbett leichte Melancholie. 1899 in der 4. Schwangerschaft isolirter Suicidversuch. Nach dem Wochenbett im April 99 Schlaflosigkeit, 4 Wochen später deutliche melancholische Verstimmung, dann Traumzustand. Fast alles wird illusionistisch verkannt; Hallucinationen des Gesichtes; befindet sich in einem Zaubergarten und reagirt demgemäss; zeitweise Verfolgungs- und Beziehungswahn. Mutismus, Nahrungsverweigerung.

Nach dem Anfall traumhafte Erinnerung, submanisches Nachstadium. Heilung Ende 1899.

Fall IV.

Klavierlehrerin, geb. 1854, eine Schwester vorübergehend schwermüthig.

Seit Jahren sehr nervös; grosses Uterusmyom. Sommer 1890 bis April 1891 Zeiten nervöser Erschlaffung mit hoher Reizbarkeit. Dann Schlaflosigkeit; etwas später täglich heftige motorische Aufregungen, verwirrtes Reden; daneben ruhigere Stunden mit einer gewissen Einsicht; gab an, fortwährend Stimmen zu hören, welche sie verwirrten. Im Laufe des Juli 91 ruhiger, dann etwas läppische Euphorie.

3. IX. 91 vollständig geheilt entlassen. Erinnerung nur an das letzte submanische Stadium vorhanden.

1894 vier bis fünf Monate gleicher Anfall.

13. IV. 98 einige Tage Depression, Schlaflosigkeit. Dann gleicher Anfall wie früher, nur neben den Stimmen Hallucinationen der anderen Sinne: Das Bett brennt, es wird immer grösser, chemische Dünste steigen auf. Ab und zu lichte Augenblicke.

Ende April bedeutend ruhiger; beschäftigt sich, doch etwas labil; lässt sich von der krankhaften Natur der spottenden Stimmen überzeugen. Etwas ideenflüchtig, daneben Beziehungswahn; die Wärterinnen spotten über sie; sie wollte nicht in eine bestimmte Wohnung gehen, die Leute würden sie auffressen.

10. XI. 98 gebessert entlassen; draussen Frühling 99 ganz geheilt.

Anfang 1900 neuer Anfall, 10 Monate in einer Irrenanstalt; dann gebessert in Privatpflege, wo sie allmählich besser wurde, so dass sie für gewöhnlich normal erscheint, nur dann und wann — für Stunden oder wenige Tage — wechselnde Verfolgungswahnideen.

Fall V.

Schneiderin, geb. 1875. Unehelich. Heredität fraglich.

6. VI. 95 bis 29. I. 96 wegen eines dem jetzigen gleichen Anfalls in einer andern Irrenanstalt. Geheilt.

Pat. kam 10. X. 99 ins Burghölzli. Anfangs Manie mit vielen Hallucinationen und Illusionen, namentlich auch des Allgemeingefühls (glaubte sich gestochen, Berührungen machten ihr Schmerzen), aber auch aller anderer Sinne, hörte Beschimpfungen, wurde verfolgt. Nach und nach wurden die Hallucinationen und Verfolgungsideen das Hervorstechende; Patientin sprach wochenlang nichts, als dass sie schimpfte, verkroch sich unter die Decke; oft gewaltthätig. Dabei ganz unregelmässige Abwechslung von ruhigeren und unruhigeren Zeiten. Nach und nach Beruhigung. Noch einige Monate lang bei durchschnittlicher Ruhe und fleissigem Arbeiten plötzlich Aufregungen auf Grund von Hallucinationen, namentlich des Gehörs, an die sich Patientin nachträglich nur undeutlich oder gar nicht erinnern wollte. Die früheren dauernden Aufregungszustände waren fast ganz vergessen. 6. II. 01 in Heilung entlassen. Draussen normal (bis III. 02).

*) Die Krankengeschichten werden ausführlicher publicirt von Frl. Rabinowitsch in ihrer Dissertation über das gleiche Thema, deren Druck sich etwas verzögert.

Fall VI.

Schneiderin, geb. 1839. Grossvater mütterlicherseits „im Alter geisteskrank".

Unter anderen Krankheiten hat Patient im 12. Jahr eine Meningitis mit 6 wöchentlicher Bewusstlosigkeit durchgemacht, später Spondylitis mit Beinlähmungen und in einem zweiten Anfall derselben auch mit Lähmung der Zunge und eines Armes. Heilung der motorischen Störung und der Spondylitis.

1864 nach dem Tode der Mutter melancholische Verstimmung. 1869, anschliessend an Pocken, erster etwa ein halbes Jahr dauernder Anfall von hallucinatorischem Irresein, theils mit Gewaltthätigkeiten und gehobener Stimmung, theils mit melancholischem Charakter.

1876 bis in die 80er Jahre, fast regelmässig anschliessend an die Menstruation, ein deliriöser Anfall; Schlaflosigkeit, Gesichtshallucinationen zusammenhängender Scenen; bald namenlose Angst, bald Gereiztheit, bald gehobene Stimmung, daneben Beziehungswahn.

Nach und nach lösten sich die Anfälle ganz von der Menstruation ab, sie wurden länger, aber seltener, 2—3 im Jahr von 2—3 Monaten Dauer.

Schon von Anfang an neben den hallucinosen Zuständen falsche Deutung der Umgebung in feindlichem Sinne. Nach und nach wurde dieses Symptom häufiger; viele Anfälle — die meisten der letzten Jahre — verliefen fast ohne Hallucinationen nur in paranoider Form.

Stimmung immer entsprechend den Hallucinationen.

Dann und wann, namentlich in den früheren Stadien, Zeichen von melancholischer Hemmung und Depression oder von manischer Ideenflucht, Bewegungsdrang, gehobene Stimmung.

In den Intervallen vollständig arbeitsfähig, einsichtig, wenn auch etwas geziert und süsslich.

Fall VII.

Landwirth, geb. 1842. Zwei Tanten und eine Schwester mütterlicherseits geisteskrank; in den letzten Jahren soll noch eine Schwester geisteskrank geworden sein.

Von jeher etwas sonderbar.

1867, acht Monate „tobsüchtiger Anfall"; geheilt. 1873 vier Monate lang „melancholisch". Geheilt. Ende 1880 hatte Patient das väterliche Haus in Brand zu stecken versucht und sich einen Stich in die Herzgegend beigebracht. Seitdem nun eine ganze Anzahl von Anfällen, die meist eingeleitet werden durch ein leichtes melancholisches Stadium mit brutalen Selbstmordversuchen, manchmal auch durch eine auffallende Neigung zum Lachen. Dann tauchen die Wahnideen aus den früheren Anfällen wieder auf; hierauf kommt ein Stadium von mehreren Wochen oder Monaten Dauer, in welchem das Bild von Hallucinationen beherrscht wird und der Kranke ungemein gewaltthätig ist. Zum Theil interkurrent zwischen den Aufregungen, dann aber namentlich nachher, Monate, sogar 1—2 Jahre lang, treten die Hallucinationen ganz zurück. Patient fühlt sich als Vorkämpfer der protestantischen Kirche, schreibt eine Kirchenverfassung und Geschichtsphilosophie, treibt Politik, macht allen Behörden Vorschriften, legt mit grossem Scharfsinn die Bibel aus u. s. w. Die Krankheit ist dann sehr schwer von einer typischen Paranoia zu unterscheiden. In einigen der ruhigen Zwischenzeiten bleiben diese Wahnideen, wenn sie auch verheimlicht werden, in andern erscheint der Kranke vollständig gesund, sehr thätig, arbeitet sich mit aussergewöhnlichem Geschick in die verschiedensten Berufe hinein (Dreher, Mechaniker, Gärtner u. s. w.).

Die Uebergänge zum Schlimmen, wie zum Guten, sind oft recht plötzlich.

In früheren Anfällen soll Patient manchmal etwas benommen gewesen sein, seit 1886 jedenfalls nicht mehr.

Die Erinnerung an die Anfälle ist eine gute.

Gelegentlich zeigten sich Andeutungen des manischen oder melancholischen Symptomencomplexes, am deutlichsten im Sinne der Kräpelin'schen Mischfälle: Hemmung, Euphorie und motorische Aufregung.

Fall VIII.

Landwirth, geb. 1851, Vater hat sich ertränkt.

Von Jugend auf etwas schwachsinnig, früh schon zeitweise melancholisch oder hallucinirend; dann arbeitsscheu, wanderlustig, übernachtete im Freien u. s. w. 13. Mai 1872 bis 28. November 1873 wegen einer typischen und sehr starken melancholischen Depression mit Versündigungswahn und Hemmung, aber ohne nachweisbare Hallucinationen, in Burghölzli. — 3. III. 78 bis 2. IX. 79 wieder im Burghölzli. Hallucinatorische Aufregung, vorwiegend als Verfolgter, äusserlich abwechselnd tobend und schimpfend oder wortkarg vor sich hinbrütend. Gebessert entlassen. 1883 von einem Specialisten draussen als chronische Paranoia nach Rheinau geschickt. Schlief schlecht, antwortete Stimmen, die ihm unter anderen sagten, er werde getödtet. Arbeitete aber fleissig, war vollständig orientirt.

Von 1884—87 volle Einsicht, normal. Oct. 87 bis Sommer 88 wieder Stimmen, dann Gesichtshallucinationen und Illusionen, Vergiftungswahn u. s. w. Wochenlang Tag und Nacht arg aufgeregt, lärmend, zerstörend, beständig hallucinirend, nicht selten manisch und melancholisch. Dann normal bis 1890. Hierauf hartnäckige etwas sonderbare Lumbago, anschliessend daran etwas gereizt, schien ein wenig benommen; dann bis Nov. 97 hallucinatorischer Zustand, bald aufgeregt, bald zugänglich und geordnet, je nach dem Vorhandensein der Stimmen, nicht selten manisch oder depressiv, Stimmung „abhängig von den Hallucinationen." 1892—97 normal, 97—99 wieder abwechselnd hallucinirend, gewaltthätig und ruhiger, von da bis Herbst 1901 normal. Jetzt, Winter 1901/2, wieder hallucinatorische Aufregung.

In den früheren ruhigeren Zeiten hatte Patient etwa einmal ganz kurz dauernde Aufregungen, in denen er etwa eine Sense verbog, einige Stunden stumpf vor sich hinbrütete und dgl., in den letzten 10 Jahren nicht mehr. In den kleinen Anfällen erschien er etwas benommen, hatte aber gute Erinnerung; an die grossen Anfälle hatte er nachher eine etwas verschwommene Erinnerung.

Fall IX.

Bauersfrau, geb. 1839. Mutter geisteskrank; Onkel, eine Nichte und ein entfernterer Verwandter, alle mütterlicherseits, Epileptiker. Ein Bruder ertränkte sich, ein Sohn imbecill, zugleich an Dementia praecox leidend. (Vater desselben war Trinker, hat sich das Leben genommen.) Pat. war intellectuell schwach entwickelt. Mit 20 Jahren erste Psychose ohne nähere Nachrichten.

1885 kurz nach einem Abort wegen leichten, manischen Anfalls im Burghölzli. Ungeheilt entlassen. Seit 1887 in Rheinau, dort abwechselnd depressive und tobsuchtartige Anfälle mit längeren und kürzeren Intermissionen, in welch letzteren sie aber jeweilen nur für wenige Wochen — oder auch gar nicht — auf eine Art normalen Zustand kam, in dem sie volle Krankheitseinsicht hatte. Dauer eines Cyklus während langer Zeit etwas mehr als ein Jahr. Früher müssen die normalen

Zeiten länger gewesen sein. Die Kranke hat 2 mal geheirathet, das zweite mal allerdings in nicht ganz normalem Zustande.

Pat. hörte Stimmen, hatte Visionen, vor allem aber sehr lebhafte Illusionen des Gesichtes; verkannte Flecken an der Wand als Christus (in verschiedenen Anfällen wieder in ganz gleicher Weise), der zu ihr sprach, sie solle Schnaps trinken und Aehnliches; ruhig hängende Wäsche sah sie für vorüberspazierende Vögel an und dergl.

Die Reaction auf die Hallucination hatte immer etwas Triebartiges, Plötzliches an sich. In melancholischen Zeiten einige Suicidversuche; in den manischen Prügeln, Schmieren mit Speichel, manchmal auch mürrisches sich Zurückziehen, das nur in Toben übergeht, wenn man etwas von der Patientin wünscht.

In den letzten Jahren fehlt gehobene Stimmung und Ideenflucht meist, während die depressive Phase Andeutungen der melancholischen Symptomentrias zeigt. Immerhin spielen die Stimmen die Hauptrolle.

Fall X.

Börsenagent, geb. 1847. Tante, Cousin, Cousine väterlicher Seite „melancholisch".

Still, züchtig, solid. Febr. 89 Schlaflosigkeit, Aengstlichkeit. Mai 89 Beziehungs- und Verfolgungswahn: bekommt Gift, man will ihn betäuben, um ihn Wechsel unterschreiben zu lassen. Jedermann meint es schlecht mit ihm. Schliesslich wird sozusagen alles, was dem Kranken begegnet, auf sich selbst bezogen im Sinne des Verfolgungswahns. Rheumatische Schmerzen hat ihm der Arzt gemacht u. s. w. Vom Sommer 1890 an vollständig normal bis März 1898. Er hatte sein Geschäft ausgedehnt und mit Glück geführt. 1898 nach Operation seines Sohnes übermässig bekümmert, ängstlich, schlaflos; melancholische Verarmungsideen, die aber bald vollständig verdrängt wurden, von Verfolgungswahn: die kleinsten und die grössten Vorkommnisse deuteten darauf, dass man ihn verfolge, ihm an's Leben wolle. Er musste auch für alle Leute einstehen, die irgend etwas für ihn thaten. Fühlt sich unschuldig, nur selten eine melancholische Versündigungsidee.

Febr. oder März 1900 ziemlich rasche Besserung. Völlige Einsicht. Hypomanischer Zustand, anfangs sehr deutlich, nach und nach abklingend. Patient führt seit Herbst 1901 sein Geschäft wieder, wenn auch auf unseren Rath in vermindertem Umfange.

Der paranoide Inhalt der Wahnideen hatte in diesem Fall eine unheilbare Krankheit annehmen lassen. Im zweiten Anfall liess sich aber nach unserem jetzigen Wissen die Diagnose der periodischen Krankheit leicht machen: Hemmung der Gedanken, Mangel an Ablenkbarkeit, beständiges Ruminiren der gleichen Ideen, vollständiger Mangel an Initiative, Beschränkung der motorischen Aeusserungen auf Angstausdrücke, (beständiges Hin- und Hergehen im Zimmer bei Abneigung ins Freie zu gehen, unaufhörliches Schwatzen über seine Wahnideen); im Beginn schienen die Anfälle gewöhnliche melancholische zu sein, einzelne Wahnideen mit melancholischen Timbre kommen auch später vor, und die maniakalische Exaltation nach Ablauf des zweiten Anfalls demonstrirte die klinische Stellung der Krankheit so recht ad oculos.

Fall XI.

Schreiner und Glaser, geb. 1854. Vater und ein Bruder Potator, Mutter schwermüthig.

In der Jugend geistig und körperlich etwas schwächlich. Vor dem 12. Jahr Masturbant. Lief vor Beendigung der Lehrzeit fort, hielt es nirgends lange aus, meist wegen Trunksucht fortgeschickt. Will ausserehelich wenig mit Frauen verkehrt haben, hat mehrmals, zum Theil im angetrunkenen Zustande, kleine Mädchen missbraucht, einmal auch eine Hündin, 1885 deshalb im Zuchthaus. Dort fand er ca. 1886 in allen gleichgültigen Vorkommnissen allerhand „Zeichen", die ihm sagten, er müsse mit einem bestimmten Mädchen in der Strafanstalt coitieren, und sie dann heirathen, sonst werde er geköpft.

Nach der Entlassung aus dem Zuchthaus 1888 lief er im Rausch von weither mehrmals in die Strafanstalt, um das Mädchen heraus zu verlangen, wurde jeweilen natürlich fortgeschickt.

Nun ca. $^1/_2$ Jahr lang Trinkerleben, während dessen er mehrmals tagelang andauernde Thiervisionen hatte. Dann Abstinent, verzichtete auch auf die Onanie, besserte rasch, heirathete 1889, übernahm ein eigenes Geschäft, das er in die Höhe brachte. Es war überhaupt etwas Abnormes an ihm nicht zu finden. 1898 kamen die „Zeichen" wieder. Patient fing an zu trinken, lief in angetrunkenem Zustande mehrmals in die weit entfernte Strafanstalt, um das Mädchen heraus zu verlangen. Die Zeichen sagten ihm dann, es sei anderswo. Schliesslich, 11. XI. 98, machte Patient ein Attentat auf eine Unbekannte, die er für ihn bestimmt hielt, aber erst am 12. III. 99 kam er in die Anstalt.

Daselbst vollständig orientirt, erzählte ruhig und geordnet, sah aber überall die Zeichen; meinte, das Mädchen sei im Verwaltungsbureau; dann und wann stärker aufgeregt, wurde gewaltthätig, weil man ihn nicht zu dem Mädchen gehen liess, zog seine Genitalien aus den Hosen, wollte sogar die Aerzte missbrauchen.

Im Oktober 99 rasche Besserung, volle Einsicht. Heilung.

Bewegungsdrang wie Hemmung der Motilität fehlte; am Gedankengang war nur das auffallend, dass Patient auf der Höhe der Krankheit in keiner Weise ablenkbar war und Gegenvorstellungen spurlos an ihm vorübergingen. Zu den paranoiden Wahnvorstellungen kam noch die melancholische, dass er meinte, er werde geköpft, wenn er das Mädchen nicht brauche.

Bei allen Beispielen, mit Ausnahme des letzten, finden wir deutliche Zeichen des manisch-depressiven Irreseins, seien es typische Anfälle neben den vesanischen Störungen, sei es dass sich zeitweise manisch-depressive Symptome mit dem Wahnsinn mischen, wenn sie auch oft längere Zeit nicht nachzuweisen sind.

Nur im Falle 11 kann man sich fragen, ob sie vorhanden sind; doch entspricht der Mangel an Ablenkbarkeit, die Einengung der Gedanken auf einen ganz kleinen Kreis bei guter Orientirung durchaus dem Gedankengang bei melancholischer Depression. Immerhin wagten wir vor der Heilung bei dem unsinnigen, triebartigen Benehmen des Kranken nicht mit aller Sicherheit die Dementia praecox auszuschliessen, zu welcher die Discussionsunfähigkeit des Kranken ja ebenfalls gepasst hätte.

Bei mehreren Fällen sind hallucinatorische und paranoide Formen gemischt. Eine grosse Rolle spielen die Gesichtsillusionen sicher in den Fällen 8 und 9; wahrscheinlich beruht auch bei andern Fällen ein

Theil der Krankheitserlebnisse auf Illusionen und nicht bloss auf Hallucinationen.

Eine „photographische Treue“ der verschiedenen Anfälle zeigt sich nirgends. Dagegen treten oft die gleichen Wahnideen, Hallucinationen und Illusionen wieder auf; bei Fall 7 und 8 bezeichnete die Wiederaufnahme früher gebildeter Wahnideen oft den Beginn eines Anfalls.

Wie es nicht selten ist, dass mitten in den Intermissionen des gewöhnlichen manisch-depressiven Irreseins ab und zu kurz dauernde manische oder melancholische Verstimmungen sich bemerkbar machen, so kommen auch hier mitten in vollem Wohlbefinden einzelne Hallucinationen, einzelne Beziehungs- oder Verfolgungswahnideen vor, die aber practisch meist ohne Bedeutung sind.

Die Fälle 7, 8, 10, 11 wurden von Specialisten als chronische Paranoia angesehen, Fall 2 vom einweisenden Arzte. Eine genauere Untersuchung auf manisch-depressive Symptome hätte davor bewahren können. Es sei indess ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass auch gelegentlich ein Paranoiker im engeren Sinne mal vorübergehend melancholisch werden kann. Manien bei echten Paranoikern hat Verf. noch nicht gesehen, es scheint ihm aber nicht ausgeschlossen, dass Manie und Paranoia auch einmal den gleichen Pat. befallen können.

Bei No. 3, 5 und 11 waren wir selbst im Zweifel, ob nicht Dementia praecox vorliege. Ob das sonderbare Benehmen nur auf hallucinatorischer Verkennung der Umgebung (3, 5) und Mangel an Ablenkbarkeit bei einer herrschenden Wahnidee (11) oder dann auf der für Dementia praecox characteristischen Associationsstörung beruht, lässt sich eben schwer entscheiden, wenn die Kranken unsere Fragen nicht beantworten. Immerhin wird die gemachte Erfahrung späteren Fällen zu gute kommen können.

Bei Fall 2, 3 und 4 war die Auffassung der Umgebung, resp. der „Bewusstseinszustand“ ein durchaus traumhafter; die Erinnerung war nicht vollständig. Fall 5 schien orientirt, die Erinnerung war aber dennoch eine schlechte. Fall 6 zeigte Traumzustände neben Anfällen, in welchen Pat. sehr gut orientirt war; die Erinnerung war immer sehr getreu. Bei Fall 7 wurde nur einzelne Male „Bewusstseinstrübung“ notirt, sonst war der Kranke ganz klar und imponirte als chronischer Paranoiker. Ebenso waren 8, 9, 10 und 11 äusserlich immer gut orientirt und hatten ziemlich gute, oder sehr gute Erinnerung an die krankhaften Erlebnisse.

Bei 7 und 9 kamen neben vollständigen Intermissionen oft nur Remissionen vor, in denen bei 7 die Reizbarkeit und Neigung zu Hallucinationen, bei 9 die Wahnideen nicht ganz verloren gingen. Bei beiden bildeten die ganz normalen Zustände geradezu die Ausnahme. Bei 8 bestand einmal ein mehrere Jahre dauerndes paranoides Stadium mit voller Arbeitsfähigkeit, aber einzelnen Gehörshallucinationen und unkorrigirten Wahnideen.

Inwiefern eine vollständige Correctur der Wahnideen nothwendig ist, um eine „Heilung vom Anfall“ anzunehmen, ist mir überhaupt noch nicht klar. Es befindet sich jetzt ein Professor der Philologie im Burghölzli, der als Student eine manieartige Aufregung durchgemacht hatte, der gegenüber er während 50 sonst ganz normalen Jahren nie Krankheitseinsicht gezeigt hatte. Jetzt leidet er an Dementia senilis.

Ein anderer Fall, bei dem die Diagnose offen gelassen werden muss, mag hier angeführt werden. Eine in Rheinau versorgte Kranke hatte während eines langen Lebens immer mehrwöchentliche Perioden von Beziehungswahn mit Gereiztheit, abwechselnd mit normaler Gemüthsstimmung und normaler Auffassung; doch war die Patientin — wenigstens in den letzten Jahrzehnten, aus denen allein genauere Beobachtungen vorliegen — in den Zwischenzeiten nicht im Stande, die Wahnideen zu corrigiren. Leider wurde die nun verstorbene Kranke nicht genauer auf manisch-depressive Symptome untersucht; es ist mir aber wahrscheinlich, dass auch dieser Fall, trotz seines Residualwahnes, hierher gehört.

Interessant ist, dass Fall 6 zuerst den Typus einer menstruellen Psychose zeigte, während bei No. 3 Gravidität und Wochenbett und bei No. 9 ein Abortus Anfälle auslösten. Kräpelin's Auffassung der menstruellen und puerperalen Manie wird durch diese Fälle, wie auch durch andere, welche ich beobachtet habe, gestützt.

Warum in den einen Fällen von manisch-depressivem Irresein Wahnsinn, in den andern Manie oder Melancholie auftritt, ist vorläufig noch nicht zu entscheiden.

Die Heredität ist in unsern Fällen wie überhaupt bei manisch-depressivem Irresein eine grosse; bei Fall 6 übertrifft wohl die Meningitis die leichte Heredität (dem. senilis des Grossvaters) an Bedeutung. Es handelt sich sonst immer um Geisteskrankheiten in der Familie; ob auch periodische Geisteskrankheiten, lässt sich leider nicht entscheiden, ist aber wahrscheinlich. Beachtenswerth ist das Vorwiegen

der melancholischen Störungen bei den anderen Familiengliedern.*)

Resumé: Es giebt hallucinatorische und paranoide Wahnsinnsformen, die Einzelanfälle des mechanisch depressiven Irreseins darstellen und gleichwerthig sind den manischen oder melancholischen Anfällen dieser Krankheit. Die paranoiden Formen können manchmal eine chronische Verrücktheit vortäuschen. Ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein wird bewiesen durch den dieser Krankheit eigenthümlichen Verlauf, den Mangel an Intelligenzstörung in den Intermissionen, die Mischung mit manisch-depressiven Symptomen, die Mischung von manischen, respective depressiven Anfällen mit den vesanischen beim gleichen Kranken und wohl auch durch die gleichartige Heredität.

Die Gruppe des manisch-depressiven oder periodischen Irreseins wird dadurch noch etwas grösser als sie schon war. Das ist wohl kein Schade, wenn auch der Name nun wieder nicht gut zu allen Fällen passt. Das Wesentliche ist aber nicht der Name, sondern der Begriff, und dieser muss als ein einheitlicher festgehalten werden, bis es einmal gelingt, innerhalb der grossen Masse das Auftreten der zur Zeit unwesentlich erscheinenden Differenzen zu erklären. Vorläufig aber hält der gleiche Verlauf, die gleiche Heredität, die Answechselbarkeit der einzelnen Symptome und Anfälle beim einzelnen Kranken wie von Fall zu Fall die Gruppe sehr gut zusammen und grenzt sie zugleich gegen alle andern Psychosen ab.

*) Ueber die Heredität bei periodischem Irresein vergl.: Sioli, Arch f. Psych. 16. Harbolla, direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. Breslau, Diss. 1893. Fitschen, Beziehung der Heredität zum periodischen Irresein. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie Bd. VII. Weygandt, Zeitschr. f. Psychiatrie, 58, pag. 493.

Mittheilungen.

— **XXVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 24. und 25. Mai 1902.

1. Hoffmann-Heidelberg:

a) Ein 19jähriges Mädchen war ganz allmählich erkrankt mit ziehenden Extremitätenschmerzen, Paresen; Stellungsanomalie der Hände; Atrophie, Herabsetzung, stellenweise Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit. Patellarreflexe schwach. Die Nervenstämme, besonders Ulnaris, Medianus, Radialis waren auffallend verdickt wie ein Bleistift, hart und etwas druckempfindlich. Auch die sensibeln Nerven waren in ihrer Erregbarkeit herabgesetzt. Es handelt sich um ein Bild der progressiven neuralen (neurotischen) Muskelatrophie, im gewissen Grad erinnernd an die Fälle Duchennes von Neuritis interstitialis hypertrophica, die allerdings daneben noch tabische Symptome aufwiesen. (Krankenvorstellung).

b) Eine 53jährige Frau klagt seit 7 Jahren über Schmerz in der Schläfengegend, Blepharospasmus, Tic convulsif im Gesicht. Es traten nunmehr klonische Krämpfe dazu, die das Gaumensegel, die Uvula, die hintere Rachenwand, den Kehlkopfeingang und die Stimmbänder betrafen. (Krankenvorstellung).

c) Ueber tonischen Facialiskrampf. Es zeigten sich in einem Fall im r. Facialis Herabsetzung der Erregbarkeit, sowie langsam eintretende tonische Krämpfe ohne Lähmung. Die elektrische und myotonische Reaktion waren träge. Neurotonische Krämpfe im Abducensgebiet. Wahrscheinlich ist ein Prozess an der Schädelbasis zwischen Pons und Oblongata anzunehmen.

2. Ebers-Baden-Baden: Demonstration eines durch Operation geheilten Falles von chronischem Krampf der Nacken- und Halsmuskulatur. Patient acquirirte vor 9 Jahren, damals 30jährig, in Ostafrika Malaria (Tertiana). Mai 1901 fuhr er urlaubsweise nach Europa und spürte auf der Rückkehr Steifigkeit im Nacken und Hals. September konstatirte Vortr., dass der Kopf nach rechts unten krampfhaft fixirt war, die Halsmuskeln, besonders rechts, waren bretthart kontrahirt. Nur mit Gewalt brachte man den Kopf in Mittelstellung. Beim Versuch der Rechtsbeugung stellten sich ruckartige heftige Zuckungen nach rechts ein. Zum Schlucken musste Pat. den Kopf mit der Hand fixiren. Chinin, Bromsalze, Zinc. valerian. u. s. w. waren wirkungslos, Scopolamininjektionen erleichterten vorübergehend, physikalische Heilmethoden versagten. Kocher trennte November 1901 durch 4 Operationen beide Nervi accessorii, die meisten oberflächlichen und tieferen Nacken- und Halsmuskeln, sowie die Unterkiefer- und Zungenbeinmuskeln rechts, ferner einige Muskeln links. März 1902 stand der Kopf in Mittelstellung, war jedoch durch Narbenzug in der Beweglichkeit eingeengt. Eine Ledercravatte wurde wegen der Ermüdbarkeit getragen. Durch Gymnastik mit Zanderapparaten, Massage und Suspension in der Sayre'schen Schlinge wurde der Kopf im Laufe von 3 Monaten frei beweglich, so dass er jetzt in jeder Stellung fixirt werden kann und keinerlei Beschwerden mehr macht.

Diskussion: Schultze-Bonn verweist auf die weniger eingreifende Operation von Kean, der nur die Nerven durchschneidet.

3. Vulpius-Heidelberg: Muskelüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung.

a) Ein 9jähriger Junge hatte in Folge spinaler

Kinderlähmung gelähmten Quadriceps und Biceps femoris; aktive Beinstreckung war unmöglich. Operativ wurde der Semimembranosus nach vorn gelagert unter Verlängerung durch eine 5 cm lange Seidensehne. Zur Besserung der Zugrichtung wurde bei einer 2. Operation der M. semimembranosus in grosser Ausdehnung auf dem Quadriceps befestigt und der Semitendinosus tenotomirt. Osteotomie beseitigte das Genu valgum. Jetzt geht der Junge recht gut, steigt sogar Treppen. (Krankenvorstellung).

b) Ein Junge mit Kinderlähmung lernte nie laufen, übte sich im Handgang. Der einzig überlebende Muskel links, Biceps wurde an der Tuberositas Tibiae befestigt. Durchschneidung der Muskeln am Hüftgelenk gab dem Bein Abduktionsstellung. Weiterhin wurde Osteotomie am Trochanter, ferner wegen Spitzfuss Achillessehnenplastik vorgenommen. Rechts wurde der gelähmte Quadriceps durch Kniebeuger ersetzt. Jetzt kann der Junge leidlich gehen. (Krankenvorstellung).

4. Schwalbe-Strassburg: Ueber Windungsprotuberanzen des Schädels. Manche Thiere, wie Iltis, Fischotter, Marder, Lemur, zeigen einige Hirnwindungen frappant an der Schädelfläche ausgeprägt. Beim Menschenschädel kommen besonders die muskelbedeckten Parthien in Betracht. In der Occipitalgegend findet sich die Protuberantia cerebellaris, manchmal sogar eine Protuberantia vermiana. Darüber ist gelegentlich eine dem Hinterhauptslappen entsprechende Protuberanz zu fühlen. Der Sulcus sphenoparietalis entspricht einem Theil der Fossa Sylvii. Stirn- und Schläfenlappengebiet ist zu unterscheiden; eine Wulst entspricht dem vorderen Theil der 3. Stirnwindung. Fast immer vorhanden ist eine Protuberantia gyri temporalis medii, manchmal findet sich auch ein Theil der 3., seltener der 1. Schläfenwindung ausgedrückt.

Diskussion: Hitzig-Halle, Schwalbe-Strassburg, Fürstner-Strassburg.

5. Erb-Heidelberg: Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Syphilis des centralen Nervensystems.

Nur dank der klinischen Befunde kann die pathologische Anatomie auf syphilitische Veränderungen schliessen. Man trifft in einer Gruppe von Fällen typisch luetische Veränderungen des Centralnervensystems, Meningitis, Myelitis, Arteriitis, dazu Herd- und Strangdegenerationen ohne engere Beziehungen zu specifischen Veränderungen. Eine zweite Gruppe zeigt Systemerkrankungen oder Strangdegenerationen, daneben zweifellos specifische Veränderungen. So können bei Tabikern noch Meningitis, Gefässveränderungen, Gummata u. a. auftreten. Drittens trifft man Sklerosen ohne specifischen Charakter, ohne andere spezifische Läsionen, bei früher zweifellos syphilitischen Individuen; auch eine Reihe von kombinirten Systemerkrankungen bei Luetischen; ferner zählt hierher die Tabes, in deren Vorgeschichte 70 bis 90% Syphilis zu finden ist. Die Veränderungen bei dieser 3. Gruppe sollte man nicht als para- oder meta- oder postsyphilitisch bezeichnen, sondern sie sind mit demselben Recht syphilitisch wie die typischen Veränderungen.

6. Schüle-Freiburg: Neurofibromatose der Haut.

3 Brüder, von den 2 vorgestellt wurden, zeigen im Wesentlichen die gleiche Störung. Herabsetzung der Schmerzempfindung am ganzen Körper, handschuhförmige Anästhesie gegen alle Sensibilitätsformen. Kein Zeichen für Syringomyelie. Alopecia universalis. Die Haut zeigt eine Menge kleiner, harter Knötchen. Der eine Pat. wurde erst nach einem Trauma auf sein Leiden aufmerksam. Sein Bruder leidet ausserdem noch an Opticusatrophie, ziehenden Schmerzen an den Beinen, spastisch ataktischem Gang und Blasenbeschwerden.

7. Winkler-Aachen: Ueber akute Myelitis (Verdacht auf Abscess; Versuch operativer Behandlung). Ein Fall zeigte l. schlaffe Lähmung, r. Parese des Beins. Patellarreflex l. erloschen, später gesteigert. Blasenschwäche. Sensibilitätsstörung. Da Gonorrhoe bestand, könnte man an gonorrhöische Myelitis denken, wie sie von Leyden in einem Fall vermuthete, doch ist die Auffassung noch nicht zu beweisen.

Ein lumbal kyphotischer Patient zeigte nach Typhus Symptome von Meningomyelitis, Schmerzen, Paraparese, Urinbeschwerden, Obstipation; wechselndes Fieber. Später Heilung. W. hält den Fall für eine typhöse Nacherkrankung.

Ein Kranker hatte Paraparese, Urininkontinenz, Zuckungen und tonische Muskelkontraktionen. Pyämisches Fieber. Trophische Störungen. Hyperästhesie bis zur Nabelgegend, darüber eine hyperästhetische Zone von 12 cm. 5 Wirbelbögen wurden entfernt, doch nichts Abnormes gefunden. Die Sektion zeigte eine transversale Myelitis vom 3. Dorsal- bis zum 1. Lumbalsegment, ferner Appendicitis larvata und Abscess unter den l. Glutäen.

Hoche-Strassburg: Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie.

Referent kommt zu folgenden Schlusssätzen: Epilepsie und Hysterie sind prinzipiell verschiedene Neurosen; die reine Hysterie ist funktioneller Natur in dem Sinne, dass sie eine pathologische Anatomie weder besitzt, noch besitzen wird; die Epilepsie ist funktionell nur in dem Sinne, dass wir die ihr zu Grunde liegenden Veränderungen noch nicht kennen.

Ein zweiter Theil der Fälle macht differentialdiagnostische Schwierigkeiten, vor Allem in den mit Bewusstlosigkeit einhergehenden grossen Anfällen. Für die Majorität derselben besteht bei genügender Fachkunde auf Grund fast konstanter Symptome kein Zweifel über die Diagnose; bei einer Minorität lassen sich aus dem Anfalle selbst keine differentialdiagnostischen Anhaltspunkte gewinnen.

Es giebt kein Symptom, welches mit absoluter Sicherheit den epileptischen Charakter eines Anfalles beweise, auch nicht Zungenbein und Aufhebung der Lichtreaktion der Pupillen.

Die „hysterische Pupillenstarre" ist keine Reflexstörung, sondern eine durch abnorme Zustände der

inneren Augenmuskeln verursachte Unbeweglichkeit der Pupille.

Die Existenz einer echten „Hysteroepilepsie" ist abzulehnen. Abgesehen von anderen Combinationen ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass die Hysterie, ohne aus ihrem Rahmen zu fallen, den dem echten epileptischen Anfall zu Grunde liegenden centralen Vorgang zur Auslösung bringen kann, ebenso wie dieser, ohne dass es sich deswegen schon um Epilepsie handelt, durch andere Umstände ausgelöst werden kann.

In allen differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen sind Verlauf und Entwickelung, speciell die Art der dauernden psychischen Veränderungen wesentliche Hilfsmomente. (Eigenbericht.)

Diskussion: Bruns-Hannover: Bei vielen epileptischen Insulten trifft man kleine Blutungen in Gesichtshaut und Conjunktiva. Kurze Bewusstseinsstörungen bei Kindern sprechen mehr für Epilepsie.

Rumpf-Bonn beobachtete bei schweren hysterischen Anfällen, dass die abgehende Urinmenge vorher vermindert, nachher vermehrt war.

Bäumler-Freiburg sah bei einem epileptischen Anfall den Uebergang in einen hypnotischen Anfall mit Katalepsie. Es giebt ein Gebiet des Uebereinandergreifens der Hysterie und Epilepsie.

Von Strümpell-Erlangen: Epileptische Veränderungen könnten sich auch in anderen, höheren cerebralen Gebieten etabliren und einen komplizirten Anfall hervorrufen, der äusserlich als hysterisch erscheint.

Hitzig-Halle betont, dass beim epileptischen Anfall keineswegs lediglich das motorische Rindengebiet affizirt ist, vielmehr die ganze Rinde. Einseitige epileptische Krämpfe, auch doppelseitige giebt es ohne Bewusstlosigkeit, vielfach aber auch ist die motorische Region nicht befallen, so in Aequivalenten, Traumzuständen, Psychosen.

Schultze-Bonn betont die Schwierigkeit der Pupillenuntersuchung im Anfall. Weist darauf hin, dass eine Hysterica sich auch epileptiforme Anfälle suggeriren kann.

Seeligmüller-Halle legt Nachdruck auf die im Gemüthsleben sich ausbildende dauernde Verstimmung, den Abschluss gegen die Aussenwelt bei Epilepsie.

Kraepelin-Heidelberg erinnert an die epileptiformen Anfälle bei vielen Psychosen, dann auch an die hysteriformen Erscheinungen selbst bei schweren organischen Hirnleiden, auch bei Psychosen wie Paralyse, Dementia praecox, cirkulärem Irresein. Verblödete Epileptiker können auch psychogene Symptome haben.

Weygandt-Würzburg beobachtete bei Kindern mit leichten Bewusstseinsstörungen den späteren Uebergang in schwere epileptische Anfälle. Manchmal war dabei schon früh der epileptische Charakter ausgeprägt, der bei ausserklinischer Beobachtung einen wichtigen Anhaltspunkt giebt. Psychische Einflüsse als Auslösungsmoment eines Anfalls schliessen nicht immer die epileptische Basis aus.

Sticher-Giessen berichtet den Fall eines Schulkindes mit epileptischen Anfällen, das hierdurch eine psychische Epidemie veranlasste, indem 30 Mitschülerinnen an polymorphen hysterischen Anfällen erkrankten.

Friedmann-Mannheim glaubt, dass bei Kindern mit kurzen Anfällen doch manchmal Epilepsie ausbleibt. Ein Junge, der hunderte kleiner Anfälle hatte, zeigte nach Schreck eine typische Chorea magna.

Fürstner-Strassburg hält solche Kinder vorwiegend für hysterisch. Psychische Einwirkung gilt sicher für beide Arten, dafür sprechen die Fälle von Schreckepilepsie. F. kann sich nicht rückhaltslos der Auffassung von der psychogenen Entstehung der hysterischen Anfälle anschliessen.

Hoche (Schlusswort). Kleine Blutungen sind ein Majoritätssymptom. Urinuntersuchungen sind in ihren Ergebnissen unsicher. Stigmata haben keinen grossen Werth, Sensibilitätsstörungen kommen auch bei Epileptikern recht oft vor, Areflexie des Rachens auch in Fällen ohne Bromwirkung.

9. Fürstner-Strassburg: Zur Kenntniss der vasomotorischen Neurosen.

Eine Frau von 38 Jahren erkrankte unter Hitzegefühl und Müdigkeit schubweise an einer Hautveränderung, Röthung, Blasenbildung wie bei bullösem Erysipel, besonders an Lidern und Ohren. L. Pupille enger. Puls klein, frequent. Ein 17jähriger Bauer, der seit einem Schreck stotterte, ferner schwachen, frequenten Puls und gesteigerte Patellarreflexe zeigte, erkrankte an Gesicht und Händen mit diffuser Röthung und Blasenbildung. Die Störung war psychisch beeinflussbar, nach dem Besuch der Mutter war sie besonders lebhaft. Temperatur bis 38,4°. Diarrhoe. Später mehrere Recidive.

In einer Familie zeigten Grossmutter, Mutter und Tochter dieselbe Störung an den Fingern, Schwellung, Blasenbildung, allmählich Deformität: Verdickung der Grundphalangen, Zuspitzung der Finger nach vorn. Oedem nach dem Handrücken. Dabei Ohnmachten, Herzklopfen, Hitzegefühl, Patellarreflexsteigerung.

10. Bayerthal-Worms: Zur Diagnose der Thalamus- und Stirnhirntumoren.

a) Eine 31jährige Frau erkrankte unter Erbrechen, Cession der Menses, psychischer Störung. Sie war apathisch, antwortete verkehrt, verweigerte die Nahrung, hatte starre Mienen. Urin- und Stuhlinkontinenz. Keine Aphasie; Puls verlangsamt. Pupillen träge, erst spät Stauungspapille. Somnolenz. Stertoröse Athmung, daher Trepanation. Es fand sich ein Tumor des l. Parietalhirns. Wichtig für die Lokalisation ist die Schädeldruckempfindlichkeit, doch erlaubt sie keinen Schluss auf die Entfernung des Tumors von der Oberfläche. Gleichgewichtsstörung wies auf Affektion im Thalamus und Vierhügel hin. Der eigenartige Blödsinn soll bei Balkenkompression vorkommen.

b) Eine Frau wurde apathisch, Charakterveränderung; epileptiforme Anfälle, Benommenheit. Rechts Parese, aphasische Störung, Gleichgewichtsstörung; links Abducensschwäche und Ptosis, sowie Supraorbitalbeschwerden. Die Sektion zeigte einen Tumor,

von der Basis des Schläfenlappens zum Stirnhirn hin ausgehend.

11. Bartels-Strassburg: Beitrag zur Kasuistik der Hirntumoren.

Ein über gänseeigrosses Sarkom hatte fast den ganzen Schläfenlappen, die Occipitotemporalwindung, Gyrus hippocampi und Uncus zerstört; trotzdem war vor dem Tod der Geruch nicht aufgehoben, auch war trotz des starken Hirndrucks keine Demenz eingetreten.

12. Gerhardt-Strassburg: Zur Anatomie der Kehlkopflähmung.

Bei einem Syringomyeliker bestand 8 Jahre lang eine isolirte Posticuslähmung. Es fragte sich, ob die geringere vitale Dignität am Muskel oder am Nerven lag. Zunächst zeigte die Untersuchung eine gleichmässige Degeneration des ganzen Nerven, so dass man an eine muskuläre Grundlage der Störung denken musste; die Untersuchung der Nervenendäste jedoch ergab, dass die zum Posticus gehenden Fasern doch weit stärker ergriffen waren.

13. Schultze-Bonn: a) Weitere Mittheilungen über operativ behandelte Geschwülste der Rückenmarkshäute.

In 8 Fällen war 6 mal operativ vorgegangen worden, wobei 3 mal mehr oder weniger vollständige Heilung, einmal eine weitreichende Besserung erzielt worden war. Im Ganzen waren diese Erfolge wesentlich günstiger als die bei Hirntumoren. Caries und chronische Pachymeningitis ist sorgfältig auszuschliessen; Schwierigkeit macht die Frage, ob es sich nicht um multiple Tumoren handelt. Die Blutung, besonders aus den Knochen ist noch recht stark; peinlich muss der Operateur jeden Druck auf die Medulla spinalis vermeiden.

Diskussion: Erb-Heidelberg, Edinger-Frankfurt, Fürstner-Strassburg, Hitzig-Halle, Rumpf-Bonn, Dinkler-Aachen, Bruns-Hannover.

b) Das Verhalten der Zunge bei Tetanie.

Beim Beklopfen der Zunge von Tetanikern sieht man Wellenbildung von Nachdauer wie an myotonischen Muskeln, jedoch nicht bei elektrischer Reizung.

14. Monakow-Zürich: Beitrag zur Entwicklung der Sehsphären.

2 Gehirne von Fällen mit angeborener Blindheit zeigten keine grösseren Veränderungen im Occipitallappen und in der Calcarina. Bei der Untersuchung der Windungs- und Fissurentypen der Calcarina an einem Material von 80 Individuen liessen sich 4 Typen aufstellen. Von den beiden Hirnen Blinder gehörte das eine zur Gruppe I, das andere zur Gruppe II. Lebenslängliche Absperrung des Lichts hatte also nicht die Entwicklung der Furchen zu einem besonderen Typus zur Folge.

Diskussion: Hitzig-Halle, Pfister-Freiburg, Sticher-Giessen.

14. Edinger-Frankfurt: Zur vergleichenden Anatomie des Gehirns: Das Vogelgehirn.

Seit Bumms grundlegender Arbeit sind wenig Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Die Vogelgehirne sind so vielgestaltig wie die Säugergehirne. Am höchsten steht das Papageigehirn, dann kommt das der Gans; Gänsezüchter sind übrigens von der hohen Intelligenz dieses Vogels überzeugt. Das Papageigehirn täuscht eine Windung vor durch eine Rinne, von der nach innen das Corpus striatum angewachsen ist. Ferner ist dort ein grosser Schläfenpol vorhanden, der bei der Gans nur angedeutet ist und bei den andern Vögeln völlig fehlt. Beim Schnitt durch ein Taubenhirn sieht man einen feinen Ventrikelspalt. Um denselben liegt ein Pallium, in ihn ragt ein mächtiges Corpus striatum. E. operirte 70 Taubengehirne und verfolgte die Faserdegeneration mit der Marchimethode. Das mächtige Corpus striatum ist zu teilen in ein Hyperstriatum; darunter dem Globus pallidus der Säuger entsprechend das Mesostriatum; darunter der Nucleus interpeduncularis. Von aussen schiebt sich das dreieckige Markfeld der Vögel (nach Bumm Ektostriatum) hinein, an dem die ersten Markfasern auftreten. Nach hinten aussen sitzt das Epistriatum, das beim Papagei einen grossen Theil des Schläfenpols ausmacht; hier liegt die Commissura anterior. In der Rinde zeigt sich grosse Verschiedenheit der Faserung. Das Frontalmark ist bei Papagei, Gans, Ente sehr entwickelt, bei der Taube bloss durch einige Fasern. Nur die Papageien haben eine Capsula interna. 17 Faserzüge konnte E. auseinanderhalten, die er nach Anfangs- und Endstück benannte:

A. Eigenfasern:
1. Intrakortikale Fasern, besonders im Frontal- und Parietalgebiet.
2. Tractus fronto-occipitalis intrastriaticus.
3. Tractus fronto-occipitalis epistriaticus.
4. Commissura pallii.
5. Commissura anterior.

B. Im Vorderhirn selbst entspringen:
1. Tractus septo-mesencephalicus.
2. Tractus fronto-thalamicus.
3. Tractus fronto-mesencephalicus.
4. Tractus occipito-mesencephalicus.
5. Tractus strio-mesencephalicus.
6. Tractus cortico-habenularis.

C. In das Vorderhirn gelangen:
1. Tractus thalamo-striaticus.
2. Tractus thalamo-frontalis et parietalis.
3. Tractus aus der Gegend des Isthmus zum basalen Stirnhirn.

Die Faserzüge bilden aus dem Vorderhirn und zu demselben ganz bestimmte Marklager, die bei verschiedenen Vogelarten sehr verschieden entwickelt sind. Das Vogelgehirn scheint aus dem Reptilienhirn ableitbar, ist aber nicht in das Säugergehirn überzuführen, sondern bildet einen eigenen, zu hoher Vollendung gelangten Hirntyp.

Es ist zu erwarten, dass nun neue Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit des beschriebenen Apparates verglichen mit dem der Reptilien, Untersuchungen, welche der Vortragende begonnen hat, zu für die Psychologie brauchbaren Resultaten führen können.

16. Blum-Frankfurt: Ueber experimentelle Erzeugung von Geisteskrankheiten.

Bei strumektomirten Hunden konnte B. durch Milchfütterung den raschen Tod einige Zeit hinaus-

schieben. Diese Thiere zeigten psychotische Zustände, Hallucinationen, sie bissen in die Luft, stellten sich auf die Schwanze, zerkratzten sich die Nase; auffällige Charakterveränderungen. Tod unter geistigem und körperlichem Verfall.

17. Link-Freiburg: Demonstration von Muskelpräparaten bei Myasthenia gravis.

Pat. erkrankte mit Ziehen im Auge, links Ptosis, gekrenzte Doppelbilder. Extremitätenschwäche, nach mehrmaligem Heben des Armes war er nicht mehr dazu im Stande. Myasthenische Reaktion deutlich im Supinator longus, Deltoïdes u. a. Oefters Verschlucken. Atheminsufficienz, Tod. Sektion zeigte persistente Thymus, Nervensystem intakt. Dagegen fanden sich Zellherde in vielen Muskeln, in mehreren Augenmuskeln, im Supinator longus, Deltoïdes, im r. Tibialis anticus; es waren Anhäufungen von kleinen lymphoïden Zellen im Perimysium internum, z. Th. in die Muskelfasern eindringend. Einzelne Fasern schienen etwas geschrumpft. In einem Zellherde fand sich eine frische Blutung.

18. Nissl-Heidelberg: Ueber einige Beziehungen zwischen der Glia und dem Gefässapparat.

Gliazellen reichen mit Fasern und dreieckigen Füsschen vielfach bis ganz nahe an die Gefässwand. Im perivaskulären Raum findet man Ansammlungen von Gliakernen. Wuchernde, proliferirende Gefässe treten in Verbindung mit Gliazellen, manchmal ist das Gefäss förmlich in Gliazellen eingemauert. Gliöses Protoplasma kann zerstörtes Gewebe geradezu überschwemmen, sodass ein förmlicher Protoplasmarasen entsteht; das Gebilde ist von runden oder ovalen Löchern durchbrochen, die Ränder sind gezähnt. Manchmal ist eine Zelle der Länge nach durchbohrt von einem jungen Gefäss. Am meisten findet man derartiges am 2. und 3. Tag nach einem experimentellen Eingriffe, doch auch beim Menschen in Paralyse, Katatonie, Epilepsie, Arteriosklerose.

19. Schröder-Heidelberg: Die Katatonie im höheren Lebensalter.

Das Heidelberger Material zeigte 5 Fälle, die zwischen 55 und 59 Jahren begannen, 4 zwischen 50 und 55, sowie 10 zwischen 45 und 50. Davon waren 15 Frauen, nur 4 Männer. Die Verblödung reichte meist nicht sehr tief. Gewöhnlich überwog die depressive Stimmung.

20. Kraepelin-Heidelberg: Die Arbeitskurve.

Vortr. demonstrirt den Gang der geistigen Leistungsfähigkeit während einer Stunde und nach einer Pause, gemessen durch Addiren einstelliger Zahlen, und legt die Komponenten auseinander, insbesondere Uebung, Ermüdung, Erholung, Anregung, Gewöhnung, Willensspannung. Vortr. glaubt, dass ausser diesen kein maassgebender Factor mehr in Betracht kommt.

Weygandt-Würzburg.

— **Zur reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens** wird der „Kölnischen Zeitung" (30. 5. 1902) von sachverständiger Seite geschrieben: Der Reichstag ist nicht die einzige Stelle, an der die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit eines Reichsirrengesetzes sich Bahn gebrochen hat. Grade die der Sache Nahestehenden, die Irrenärzte, hegen das lebhafte Verlangen nach einem solchen Gesetz. Man will lieber unter festen gesetzlichen Bestimmungen arbeiten, als unter administrativen Verordnungen, über deren Entstehungsweise, weil sie fix und fertig aus dem Bureau ans Tageslicht gelangen, nicht nur die Aerzte selbst, sondern auch das Publikum im Unklaren bleiben, und die, wie die Erfahrung gezeigt hat, gemäss den jeweiligen uncontrollirbaren Einflüssen heterogener Natur, häufig Abänderungen und dabei leider nicht immer eine Verbesserung erfahren. Sollte auch das Reichsirrengesetz, wie zu erwarten, beim ersten Gusse nicht in idealer Form erscheinen, so ist die Volksvertretung ja nicht minder in der Lage, Aenderungen vorzunehmen, und vor allem sind die Irrenärzte in den Stand gesetzt, die Oeffentlichkeit über die Mängel des jungen Gesetzes an der Hand geeigneter Beispiele zu belehren. So wie jetzt die Dinge liegen, wissen die wenigsten Leute aus dem Publikum überhaupt etwas davon, dass jene Verordnungen bestehen, daher das Misstrauen gegen die Anstalten und der Glaube, dass in ihnen die Aerzte nach Belieben über das Schicksal der Insassen schalteten und walteten; anders ist es bei einem von der Volksvertretung in öffentlicher Erörterung geschaffenen Gesetz, dessen Inhalt und Wandlung der Kenntniss jedermanns zugänglich ist. In den Kreisen der preussischen Irrenärzte scheint man hier und da in den Reformwünschen noch weiter zu gehen und als erstrebenswerth hinzustellen, dass die ganze Irren-, Epileptiker- und Idiotenfürsorge aus den Händen der Provinzial- und Communalverwaltungen in die unmittelbar staatliche übergehe, wie dies in den übrigen Bundesstaaten bereits der Fall ist. Während es sich nun einerseits nicht bestreiten lässt, dass auch in Preussen hier und da — ob aus finanziellen oder andern Gründen, bleibe dahingestellt — die gesetzlichen Verpflichtungen zur Irren- u. s. w. Fürsorge mehr oder weniger unzureichend erfüllt werden, so steht doch anderseits fest, dass den einschlägigen Schöpfungen zweier Provinzen, Sachsens, (Anstadt Altscherbitz) und der Rheinprovinz (Anstalten Grafenberg und Galkhausen) das deutsche Irrenwesen, soweit Anstaltseinrichtungen in Betracht kommen, den Weltruf verdankt, den es gegenwärtig thatsächlich besitzt; ein grösserer Ruhm wäre es freilich für das deutsche Volk, wenn es nicht nur die besten Anstalten hätte, sondern auch die wenigsten brauchte! Es steht daher zu hoffen, dass die Bestimmungen des Reichsirrengesetzes, da wo es nothwendig ist, nicht nur auf die Intensität, sondern auch auf die Extensität der Irren-, Epileptiker- und Idiotenfürsorge einen fördernden Einfluss ausüben.

— **Elsass-Lothringen.** Geheimer Obermedicinalrath Krieger, der Director der Bezirks-Irrenanstalt zu Stephansfeld, San.-Rath Dr. Vorster und der Director der Bezirks-Irrenanstalt zu Saargemünd San.-Rath Dr. Dittmar waren von der Bezirksregierung des Oberelsass mit der Begutachtung zweier für den Neubau der dortigen Irrenanstalt in Aussicht genommenen Gelände betraut worden, deren eines bei Colmar, das andere bei Rufach gelegen ist. Die

genannte Sachverständigen-Commission hat nach einer am 31. v. M. vorgenommenen Besichtigung beide Gelände für geeignet erklärt; doch schien ihr das bei Colmar gelegene den Vorzug zu verdienen. — In der am 5. d. M. stattgehabten Sitzung des Bezirkstags des Oberelsass kam es über die Wahl des Bauplatzes für die zukünftige Irrenanstalt zu sehr lebhaften Debatten, deren Resultat der Beschluss war, dieselbe bis zum November d. J. zu vertagen. Bis dorthin sollen Pläne über die Bebauung beider Gelände dem Bezirkstag vorgelegt werden.

— **Ein Mord in der Irrenanstalt.** Sternberg, 3. Juni. Das Sprechzimmer der hiesigen mährischen Landesirrenanstalt war am vergangenen Sonntag der Schauplatz einer furchtbaren Scene. Vor den Augen aller Besucher erwürgte ein internirter Wahnsinniger eine zum Besuche ihres geisteskranken Gatten in die Anstalt gekommene Frau.

Der irrsinnige Mörder heisst Risanek und war, bevor er in die Irrenanstalt kam, Unterlehrer in Prerau. Er befand sich Sonntag Vormittags im Sprechzimmer der Anstalt, wo sich zumeist an Sonntagen Angehörige der Patienten zum Besuche einfinden. Unter den Besuchern befanden sich diesmal eine Frau Wodicka und deren Sohn, die den geisteskranken Gatten und Vater sehen wollten. Plötzlich stürzte sich der wahnsinnige Lehrer Risanek, der sich bis dahin ganz ruhig verhalten hatte, auf die nichts ahnende Frau, warf sie zu Boden und erwürgte sie mit einem einzigen furchtbaren Griffe, ehe ihr Jemand Hilfe leisten konnte. Als Besucher und Wärter nach wenigen Minuten Frau Wodicka von ihrem wahnsinnigen Angreifer befreiten, konnte nur mehr der Tod der unglücklichen Frau konstatirt werden. Eine strenge Untersuchung wurde eingeleitet. (Wiener Mittagsztg., 4. VI. 02.)

— Die „Münchener Post" (27. 5. 02), aus deren Spalten wir kürzlich (in No. 9) einen Angriff gegen die Dr. Rehm'sche Anstalt zugleich mit der vernichtenden Zurückweisung dieses Angriffes abdruckten, beschäftigt sich weiter mit den Münchener Irrenanstalten. Sie schreibt: „Anlässlich der jüngsten Tagung des Landrathes für Oberbayern im Herbste 1901 gelangte auch eine Eingabe der verheiratheten Pfleger der Münchener Kreisirrenanstalt bezüglich der Gewährung eines Wohnungsgeldzuschusses zur Verbescheidung. Und in No. 316 der Augsb. Abendztg. vom 15. Nov. 01 war zu lesen, dass das Gesuch in Rücksicht auf die gegenwärtige Krisis und die baldige Verlegung der Irrenanstalt, die dann ohnehin eine Neuregelung der Dienstverhältnisse für die Pfleger bringen werde, abgelehnt wurde. Dagegen, so hiess es in dem Bericht weiter, erhalten die verheiratheten Pfleger anstatt wie bisher 8 Stunden in der Woche, jede Woche einen ganzen Tag frei!

Dazu wird uns nun geschrieben: Vom neuen Jahr ab, wo der freie Tag hätte in Kraft treten sollen, bekamen die verheiratheten Pfleger alle 14 Tage eine freie Nacht. Dafür kommen die Wärter alle 4 Tage auf Wache, wo sie 40 Stunden ununterbrochen Dienst thun und gleich darauf den regulären Dienst wieder antreten müssen. Die Herren Psychiatriker thun sich allerdings leichter, sie spazieren durch die Säle, suchen dann wieder andere Gesellschaft auf und halten womöglich auch Vorträge über die zunehmende Nervosität u. s. w. Um das arme Pflegepersonal, das die ganze Woche aus dem Narrenhaus nicht herauskommt und deshalb schliesslich selbst verrückt werden kann, aber kümmert man sich nicht. Und doch bedingt die richtige Warte des Geisteskranken, dass das Pflegepersonal nicht auch nervös, überarbeitet und mürrisch ist. Was die Folgen solcher Ueberanstrengungen sind, ist ja schon in Gerichtsverhandlungen festgestellt worden, wo Wärter wegen Misshandlung der ihnen anvertrauten Patienten bestraft werden mussten.

Man versäume also nicht die versprochene Diensterleichterung, den freien Tag zu gewähren!" (Eine Berichtigung wäre sehr erwünscht. Red.)

— In der Münchener Orientalischen Gesellschaft sprach am 22. Mai Dr. Moharren Bey über das Thema: „War Mohammed Epileptiker?" Die seelische Analyse der Visionen des Propheten erscheint bekanntlich seit alter Zeit dem Abendlande als ein geheimnissvolles Problem. Während ihn Viele für einen Hypochonder hielten, erklärte ihn Lombroso für toll und irrsinnig. Eine grosse Anzahl von Forschern behauptet, er habe in seiner Kindheit und in späterem Alter an Epilepsie gelitten. Einer freundlichen Anregung des Ministerialrathes v. Bumm folgend, trat auch der Vortragende an die Diagnose von Mohammeds Seelenzustand heran, die sich bei der Dürftigkeit des Materials freilich sehr schwierig gestaltet. Nach äusserst sorgfältigen und komplicirten Untersuchungen der wichtigsten Lebensmomente des Propheten gelangt der Redner zu folgendem Ergebniss: Es könne nicht geleugnet werden, dass das Leben Mohammeds manche bedenkliche Symptome aufweise, welche auf Epilepsie hindeuteten. Aber diese Erscheinungen fänden sich auch bei einer grossen Anzahl anderer Erkrankungen und bildeten keine wesentlichen Merkmale. Wohl müsse das uns überlieferte Bild Mohammeds, im Einzelnen betrachtet, als anormal erscheinen; als Ganzes falle es aber keineswegs mit dem Gesammtbegriff der Epilepsie zusammen. Die aus dem Munde eines Arabers besonders interessanten, klaren Ausführungen fanden bei dem wieder sehr zahlreich erschienenen Publikum lebhaften Beifall. Eine kurze, sich anschliessende Diskussion, an der sich die Herren Dr. Grothe und Dr. Schupp betheiligten, bewies, wie verschiedenartig das Krankheitsbild des Propheten noch immer gedeutet wird. Schliesslich wies noch Herr Professor Dr. Prutz mit einigen wenigen, vortrefflichen Worten auf die grosse historische Parallele der Offenbarungen Mohammeds mit den Visionen der Jungfrau von Orleans hin. (Münch. N. Nachr.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich. **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin.
Prof. Dr. E. Mendel, Berlin. **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig. **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2577.

Nr. 12. 21. Juni. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Zur spontanen Harnblasenruptur bei der progressiven Paralyse.

Von Dr. *Max Edel.*

Auf das bis dahin nicht bekannte Vorkommen spontaner Harnblasenzerreissung bei der progressiven Paralyse der Irren machte im Jahre 1895 Herting-Altscherbitz in einer im Archiv für Psychiatrie erschienenen Arbeit über 3 Fälle nichttraumatischer Harnblasenruptur bei paralytischen Geisteskranken aufmerksam *). Fast gleichzeitig veröffentlichte Posner **) in der Festschrift für Georg Lewin einen bemerkenswerthen hierhingehörigen Fall aus unsrer Anstalt, den ersten der Art, welchen ich gesehen habe und bei dessen Section ich zugegen war. Die Diagnosenstellung war in diesem Fall bei Lebzeiten nicht möglich; Posner führt in seinem Aufsatz an, dass er auf die eben erschienene Arbeit von Herting leider erst nach Abschluss unsres Falles durch mich aufmerksam gemacht wurde, sonst hätten wir ja sicherlich die Diagnose zu stellen vermocht, wie dies ja fortan bei ähnlichen Vorkommnissen ein leichtes sein werde. Diese Voraussage hat sich bei mehreren weiteren Fällen von Harnblasenzerreissung bei Paralytikern, welche ich in den verflossenen Jahren in unserer Anstalt beobachtet habe, bestätigt. Ich habe die Diagnose in 2 Fällen sicher und mit Leichtigkeit während des Lebens stellen können. Da inzwischen von keiner weiteren Seite das Vorkommen dieses das Leben der Kranken eminent bedrohenden Ereignisses mitgetheilt ist, so erlaube ich mir durch kurze Wiedergabe meiner Beobachtungen die Aufmerksamkeit noch einmal auf diesen Gegenstand zu lenken, um einerseits zur Verhütung dieser gefährlichen Erscheinung, andererseits zur schnellen klinischen Erkennung und Würdigung des Ereignisses sowie zur geeigneten Behandlung solcher Fälle beizutragen.

I. Fall.

Ueber den ersten bereits mitgetheilten Fall seien mir noch einige recapitulirende und ergänzende Be-

*) Archiv für Psychiatrie XXVII, S. 541.

**) Festschrift für Georg Lewin 1895, S. 149. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Posner: Blasenruptur bei progressiver Paralyse.

merkungen gestattet. Dass es sich um progressive Paralyse handelte, stand zweifellos fest. Der 40 jähr. Kaufmann, dessen Vater an Gehirnschlag und dessen einer Bruder an Gehirnerweichung gestorben war, hatte mit 16 Jahren einen Schanker gehabt, zeitweilig viel getrunken und geraucht. Er litt einige Jahre vor seiner Psychose an Intermittens, später an heftigen Gesichtsneuralgien. Seit Frühjahr 1895 besuchte er seiner steigenden Erregung wegen verschiedene Anstalten, zeigte ungewöhnliches Benehmen, bekam Schlaflosigkeit, Gedächtnissschwäche und Störungen des Lesens und Schreibens. Die Zunge klebte förmlich im Munde fest, wodurch die Sprache sehr erschwert wurde. Es bestand Pupillendifferenz und -enge, die Lichtreaction war wegen der Unruhe des Kranken nicht zu prüfen. Die Zunge zitterte stark beim Hervorstrecken. Die Kniereflexe waren stark erhöht.

Der Patient war mager und anämisch, die Temporalarterien traten stark geschlängelt hervor. Es bestand in unsrer Anstalt, in welcher er am 24. August 1895 aufgenommen war, hohgradige Erregung und Verwirrtheit bei beängstigenden Sinnestäuschungen, hypochondrischen und Grössenvorstellungen. Gelang es, ihn einen Moment zu fixieren, so waren Intelligenzdefecte deutlich nachweisbar. Zeitweilig verweigerte er die Nahrung und wurde agressiv. Die Sprache war in characteristischer Weise gestört, schwer, undeutlich, stockend, stolpernd. Er verschluckte die Endsilben oder brachte sie falsch und unverständlich heraus und vollendete die Sätze zum theil nicht richtig. Die Schrift war verändert, kritzlich, undeutlich, krumm.

Vieles war ausgestrichen und überschrieben, die Sätze waren zum theil nicht richtig beendet, Buchstaben, Silben und Worte ausgelassen, z. B. Sanorium statt Sanatorium, und nicht hingehörige eingeschoben. Die Hirn-Section bestätigte die klinische Diagnose. Der Patient, welcher noch am Tage zuvor verwirrt und erregt war, gelacht und getanzt hatte, konnte am 3. September nicht mehr Urin lassen, verhielt sich apathisch und hatte starken Durst. Das Allgemeinbefinden war im übrigen nicht gestört. Die allmählich zunehmende Dämpfung über der Blasengegend liess eine übermässige Ausdehnung der Harnblase vermuten.

Da vorsichtige Katheterisirungen zuerst wegen der Unruhe des Kranken und dann wegen der Neigung der Harnröhre zu Blutungen abgebrochen werden mussten, wurde am 5. September die Punctio hypogastrica vorgenommen, wobei sich ca. 800 cbcm trüben, stark blutigen Urins entleerten. Offenbar war die bei der Section constatierte Blasenzerreissung bereits am 3. erfolgt, und es hatte, wie der Referent in Virchow-Hirschs Jahresbericht wohl mit Recht annimmt, der massenhaft in den Retzius'schen Raum getretene blutige Harn die Blasenausdehnung vorgetäuscht. Das kreisrunde, 3 cm im Durchmesser haltende Loch befand sich in der vorderen Wand, mit gewulsteten Rändern und blutig infiltrierter Umgebung. Die Blasenwand war theilweise hypertrophisch, theilweise papierdünn. Das Befinden des Kranken hatte sich allmählich verschlechtert, die Temperatur war normal, später subnormal, der Puls beschleunigt. Der Patient deutete mit schmerzlichem Gesichtsausdruck auf die Blasengegend. Die Zunge war trocken. Am Unterleib wurde Infiltration phlegmonösen Characters sichtbar; unter Apathie, Sopor und Stertor trat der Tod am 7. September, also etwa 4 Tage nach der muthmasslichen Blasenruptur ein. Bei der vorgeschrittenen Entkräftung und Unruhe des Patienten könnte von einer Operation wohl kaum die Rede sein, selbst wenn die Diagnose rechtzeitig richtig gestellt wäre. Peritonitische Erscheinungen waren weder klinisch noch pathologisch-anatomisch nachweisbar. Ein der Zerreissung vorhergegangenes Trauma war bei sorgfältiger Ueberwachung des Kranken durch eigenen Pfleger bestimmt ausgeschlossen; es fehlten plötzliche Collapserscheinungen an Temperatur und Puls. Characteristisch war, dass bei jedem Katheterisiren immer nur eine kleine Menge trüben blutigen Harns, etwa 200—300 cbcm, entleert wurden und dass dabei die Dämpfung der Blasengegend nicht vollkommen zurückging.

II. Fall.

46j. Kaufmann, 12. Dezember 1900 aufgenommen, hat Lues vor 6 Jahren gehabt, war viele Monate antisyphilitisch behandelt worden und litt viel an Kopfschmerz. Seither hat er Ptosis links mit Doppelsehen beim Blick nach oben bekommen. Zeitweilig hat er gar nicht sehen können. Die Geistesstörung bestand seit einigen Wochen und hat bereits zur Abmagerung geführt. Das linke Auge kann sich nicht nach oben drehen, nur wenig nach unten. Die Pupillen sind different und verzogen, die Lichtreaction ist sehr träge. Die linke Nasenlippenfalte ist verstrichen, der linke Mundwinkel hängt. Schwache Patellarreflexe, Herabsetzung der Schmerzempfindung. Unsicherer Gang. Euphorie, Grössenideen, Verwirrtheit und Erregung, Schlaflosigkeit, Stuhlverhaltung. Er war sehr reizbar, ertrug keinen Widerspruch, sprach viel, äusserte grosse Pläne, machte cynische Bemerkungen und beging sinnlose Handlungen. Er will 50 Kinder bekommen, einen Check auf Kaiser Wilhelm ausstellen u. a. Urtheils- und Intelligenzschwäche traten deutlich hervor. Obwohl er Kassirer ist, konnte er einfache Rechenaufgaben nicht richtig lösen. Sprache hin und wieder

verwaschen, Wiederholung einzelner Worte. Die Diagnose progressive Paralyse stand danach fest. Am 13. Dezember habe ich notiert: Manisches Wesen, Stuhlverhaltung. 20. Dezember. Leib etwas meteoristisch, Blasengegend nicht vorgewölbt. Patient schwimmt in Urin, hat 3 mal unwillkürliche reichliche Urinentleerung (von normaler Farbe und Beschaffenheit). Der Kranke ist wegen einer starken spontan auftretenden Blutunterlaufung am rechten Fuss bettlägerig. In der Nacht vom 21. zum 22. Dezember schrie er laut vor Schmerzen. Am 22. ist das Bild verändert. Peritonitische Erscheinungen sind vorhanden. Starke Auftreibung des Leibes, Brechneigung, heftiges Erbrechen, Aufstossen, kleiner beschleunigter Puls, Schmerzhaftigkeit des Leibes bei Berührung. Gegen Abend wurden circa 2 Liter blutigen Urins durch Katheterisirung entleert. Die Diagnose Blasenruptur wurde gestellt, von einer Operation aber wegen des schlechten Allgemeinstandes, der vorgeschrittenen geistigen und körperlichen Schwäche im Einverständniss mit den Angehörigen Abstand genommen. Der Patient delirirte, sah Vögel und Mäuse. Seine Schwäche nahm zu. Er wurde täglich mehrmals cathetrisirt, da er nicht von selbst Urin liess. Der entleerte Urin war hell, eiweissreich. Unter Stertor trat am 26. Dezember, also 5 Tage nach dem Einreissen der Blase der Tod ein. Die Section bestätigte am 27. Dez., die Diagnose Blasenruptur. Das Peritoneum erwies sich glatt, feucht und glänzend. Die Därme waren etwas aufgebläht, fibrinöse Verklebungen waren nicht sichtbar. Im Abdomen befanden sich ca. 50 cbcm freien Urins, ohne Blutbeimengung. Die Harnblase war zusammengefallen. Auf der hinteren Seite der Harnblase etwas rechts vom Scheitel war ein von oben nach unten etwas schief verlaufender intraperitonealer Riss, welcher weit klaffte, und eine Ausdehnung von ca. 8 cm hatte. Die Ränder desselben waren auf dem Blaseninnern blutig injicirt, in der Nähe bemerkte man verschiedene kleine Hämorrhagien. Die Blasenwandung war nicht merklich verdünnt; die Blase enthielt keinen Urin, aber verschiedene Blutcoagula. Uebrige Section nicht gestattet.

III. Fall.

44j. Kaufmann, aufgenommen 4. September 1901, zeigte seit 1/2 Jahr gleichzeitig mit einer Entfettungskur, wobei er 50 Pfd. abnahm, verändertes Wesen, äusserte hypochondrische Beschwerden, wurde deprimirt und erregt. Er klagte viel über Kopfschmerzen. Das Sättigungsgefühl ging ihm verloren. Die Erregung steigerte sich wenige Tage vor seiner Aufnahme; er schlief schlecht, machte sich viele Vorwürfe, behauptete, von allerlei Krankheiten befallen zu sein, sich umgebracht zu haben u. s. w. Dabei warf er sich beständig ruhelos umher.

Er sprach zeitweilig mit deutlichem Silbenstolpern. Die Pupillen waren etwas eng und different, die Lichtreaction war stark herabgesetzt, die Convergenzreaction mässig. Die vorgestreckte Zunge zitterte fibrillär.

Beim Sprechen und Bewegen des Gesichts fiel eine Ungleichmässigkeit der unteren Gesichtshälften auf. Die Kniesehnenreflexe waren abgeschwächt. In geistiger Beziehung ist Gedächtnissschwäche, hochgradige Urtheilsschwäche und völlige Concentrirung der Gedanken auf sein Leiden zu constatiren, wodurch er ohne jedes Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung erscheint und auch schmerzhafte Nadelstiche nicht spürt. Der grosse fettreiche Mann war tief deprimirt, und befand sich andauernd in hochgradiger ängstlicher Erregtheit, hallucinirte, äusserte Versündigungsideen und wälzte sich hin und her. Es bestanden Verstärkung und Beschleunigung der Herztöne, keine Geräusche, an den Stirngefässen sclerotische Erscheinungen. Da der Puls von Anfang an anhaltend beschleunigt war, 100—120—140, so erhielt der Patient ausser Bädern und Beruhigungsmitteln vorübergehend kleine Dosen Digitalis. Am 9. September liess Patient einige mal Urin unter sich und schmierte mit Koth. Am 10. September war die Blasengegend, welche täglich untersucht wurde, nicht vorgewölbt; Dämpfungsgrenze bei der Unruhe nicht festzustellen. Nach Angabe des Pflegers hatte der Patient genügend Urin entleert Am 11. September liess er 1/2 Nachtgeschirr voll hellen Urins. Abends gegen 10 1/2 Uhr bekam er einen raptusartigen Aufregungszustand, wobei er seine Urinflasche zertrümmerte. In derselben Nacht liess er reichlichen Urin, vermischt mit hellrotem Blut auf den Fussboden. Am Morgen des 12. September war das Gesammtbild verändert. Die Temperatur betrug 35,8, der Puls war bis auf 80 gesunken, Hände und Füsse waren kühl, die Zunge trocken, etwas belegt. Der Patient lag jetzt im Gegensatz zu seinem bisherigen ruhelosen Verhalten still auf dem Rücken, hielt den Oberkörper etwas nach vorn gebeugt, die Füsse an den Leib angezogen, konnte sie nicht ohne Schmerzen ausstrecken und sich nicht ohne Schmerzen bewegen; von Zeit zu Zeit schrie er heftig auf und gab an, kolikartige Leibschmerzen zu haben, es sei ein fürchterliches Ziehen von beiden Unterrippengegenden zum Nabel.

Es müsste etwas im Leib geplatzt sein.

Dabei war der Kräftezustand ein verhältnissmässig guter. Schweres Krankheitsgefühl. Kein Aufstossen, kein Erbrechen, kein bedrohlicher Collaps.

Ueber der rechten Unterleibgegend von der Nabel-

Symphysenlinie an nach rechts war deutliche Dämpfung zu constatieren, welche sich an der rechten Seite etwas nach hinten und oben erstreckte. Der Leib war nicht aufgetrieben, Druckempfindlichkeit nicht wahrzunehmen. Ich stellte sofort die Diagnose auf Blasenriss. Da seitdem von selbst kein Urin mehr entleert wurde, wurde katheterisirt. Dabei erhielt ich ca. 400 cbcm. einer braunen, trüben, dicken Flüssigkeit, welche eine Menge verändertes, zum Teil geronnenes Blut absetzte. Ich ordnete Eisblase und Opium an. Der Puls stieg auf 92, die Temperatur auf 36. Der Patient fühlte sich nicht kühl an, und war nicht collabirt; er wurde hallucinatorisch verwirrt.

Wegen der ins Auge gefassten Möglichkeit einer operativen Behandlung wurde Herr Professor Dr. Bessel-hagen zugezogen. Dieser bestätigte die Diagnose und nahm wegen der circumscripten Dämpfung, des Fehlens von Druckempfindlichkeit des Leibes, von Aufstossen und Erbrechen und wegen des verhältnissmässig günstigen Allgemeinbefindens an, dass der Riss der Blase sich noch extraperitoneal befand. Da noch keine augenblickliche Lebensgefahr vorlag und andrerseits die hochgradige hallucinatorische Verwirrtheit und Erregung Bedenken bezüglich der Nachbehandlung einer eventuellen Operation erweckte, stand Prof. Bessellhagen von sofortiger Laparotomie und Vernähung des Blasenrisses ab. Er meinte, der Blasenschluss könne besser auf granulirendem Wege zustande kommen; bei der unausbleiblichen Harninfiltration würde sich eine Phlegmone entwickeln, die dann voraussichtlich Incisionen erforderlich machen würde. Zur Vermeidung einer Blasenausdehnung empfahl er die häufigere Katheterisirung und Einlegung eines Verweilkatheters. Ich legte demgemäss einen Dauerkatheter (Nelaton) ein, wobei die Entleerung von ca. 200 cbcm. hellen Urins das Stehen der Blutung anzeigte. Es schwammen nur wenige Blutcoagula im Harn. Spät abends befand sich in der Ente noch eine kleine Menge hellgelben Urins ohne Blut. Es wurde abends Aufstossen wahrgenommen. In der Nacht zum 13. September wurde ich zu dem Patienten gegen 4½ Uhr gerufen. Ich fand ein verändertes Gesammtbild vor. Es bestand Lungenödem, Stertor, kleiner beschleunigter Puls (120), kühler Schweiss, Sopor und Aufschreien bei jeder Berührung des Leibes. Offenbar war der Durchbruch in die Bauchhöhle erfolgt. Trotz excitirender Behandlung erfolgte um 8¼ Uhr morgens (13. September) der tötliche Ausgang. Die Section wurde leider nicht gestattet. Als Todesursache notirte ich auf dem Totenschein: Blasenriss bei fortschreitender Gehirnlähmung.

IV. Fall.

45 jr. Rechtsanwalt, aufgenommen 28. Juni 1898. Mutter nicht ganz normal, eine Schwester war vorübergehend geistesgestört. Als junger Mann hatte er öfters Gonorrhoe und bekam eine Strictur, musste wegen Urinretention mehrmals katheterisirt werden.

Seit 3 Jahren „nervös", litt an Schwindelgefühl, Angst und Zwangsvorstellungen bei Vorhandensein eines in letzten Jahren grösser gewordenen Kropfes. Kurze Zeit besteht ungewöhnliche maniakalische Erregung; er zeigte übermässige Geschäftigkeit. Sucht Pläne und grosse Einkäufe zu machen, fühlte sich überglücklich, witzelte und war gegen seine Gewohnheit ausgelassen fröhlich, gehobener Stimmung und ausserordentlich reizbar. Der Patient war in anhaltend lebhafter Erregung, sprach fortwährend weitschweifig und hatte wenig Schlaf. Grössenideen traten auf. So äusserte er, mit dem Kriegsminister Scat zu spielen, wegen seiner Strictur 6 Wochen lang keinen Urin gelassen und dann 42 Liter Urin mit einem Mal entleert zu haben; Urtheilsschwäche war ersichtlich, bisweilen wurde Vergesslichkeit und Mangel an ethischen Empfindungen bemerkt. Der Ernährungszustand war ein guter. Der Patient hatte eine Struma von erheblicher Grösse. An körperlichen Lähmungserscheinungen waren vorhanden: Schielen, (Strabismus divergens), linksseitige Ptosis, Pupillendifferenz und Trägheit der Lichtreaction, Schwäche des linken Facialis. Die grade ausgestreckte Zunge zitterte leicht fibrillär, bisweilen trat eine Sprachstörung hervor, die in Versetzen resp. Hinzufügen von Buchstaben bestand, wie z. B.: „polpulär, kathretisirt, Stivilprocess." Der rechte Kniesehnenreflex war erloschen, der linke schwach vorhanden. Das Schmerzgefühl war stark herabgesetzt; der Stuhl oft verhalten. An der Diagnose progressive Paralyse konnte somit ein Zweifel nicht bestehen. Die psychische Erregung nahm zu, der Pat. wurde verworren. Er schwitzte stark. Am 1. Juli wünschte er die Einlegung eines Bougies in die Harnröhre und behauptete, an 10 mal Urin gelassen zu haben, jedesmal ein Nachtgeschirr voll. Nachdem am 2. Juli unwillkürlicher Abgang von Urin beobachtet war, stellte sich am 3. Juli Erbrechen und Hinfälligkeit mit Pulsbeschleunigung ein. Der Leib erwies sich stark gespannt und die Blasendämpfung ausgedehnt, die Katheterisirung misslang bei der vorliegenden engen Strictur der Harnröhre. Da Indicatio vitalis vorlag, Sopor, Cyanose, kleiner fliegender Puls, kalter Schweiss, häufiges Erbrechen erfolgte, wurde die Blasenpunktion durch den Hausarzt Dr. Friedlaender vorgenommen, wodurch eine grössere Menge stark eiweisshaltigen Urins entleert

wurde. Ueber den Lungen hörte man rechts hinten unten Knisterrasseln. In den nächsten Tagen wurde dort auch eine kleine Dämpfung nachweisbar. Die Katheterisirung gelang nach vorherigem Bougiren. Fortan musste der Harn durch Katheterisirung abgelassen werden, da spontan keine Urinentleerung erfolgte. Der Urin war ohne Blut. Am 6. Juli wurden in $1^1/_2$ Stunden dauerndem Katheterismus ca. 2 Nachttöpfe voll Urin entleert. Auffällig war der langsame Abfluss des Harns. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich. Der Puls war klein, fliegend, die Temperatur betrug 36,8—37°, der kalte Schweiss hielt an, ebenso das Erbrechen, die Benommenheit nahm zu, die Sprache wurde undeutlich und ganz verworren, die Glieder wurden kühl, die Athmung kurz und beschleunigt. Am 7. Juli 1898 trat der Tod ein.

Section wurde leider auch in diesem Fall nicht gestattet. Auch hier handelt es sich neben einer Lungenentzündung sehr wahrscheinlich um eine Blasenzerreissung.

Zunächst muss ich ebenso wie Posner und Herting bei meinen Fällen betonen, dass von der Einwirkung eines Trauma auf die Blase keine Rede sein konnte. Sämtliche Patienten wurden sorgfältig überwacht: nur bei Fall III liegt die Möglichkeit vor, dass der raptusartige Erregungszustand des Patienten, bei dem er eine Urinflasche zertrümmerte, vielleicht die Veranlassung zum Platzen der Blase gegeben hat. Auch von einer nennenswerthen Ueberdehnung der Harnblase durch Urinverhaltung kann man abgesehen von Fall I nur bei Fall IV sprechen. In diesem lag eine hochgradige Strictur vor und der versuchte Katheterismus gelang theils deshalb, theils wegen Unruhe des Patienten erst, als bereits die Punctio hypogastrica wegen vitaler Indication vorgenommen war. Den wirklichen Grund für die Zerreissung der Harnblase in diesen Fällen nachgewiesen zu haben, ist das Verdienst Hertings, welcher eine Degeneration der Blasenmusculatur microscopisch bei seinen 3 Fällen feststellte. (Übermässige Fettentwicklung sowohl subperitoneal als zwischen den einzelnen Muskelbündeln. Die Muskelfasern selbst zeigten alle Stadien der Degeneration. An den Rissstellen fand er kleinere und grössere Blutungen und in letzteren structurlose fadenartige Gebilde). In allen Fällen liegt zweifellos progressive Paralyse vor. Alle bisher bekannten Fälle betrafen Männer. Die bei Paralytikern bekannte Neigung zu Blutungen trat auch in meinen sowie in Hertings Fällen hervor. (Neigung der Harnröhre zu Blutungen in Fall I und eine starke spontan aufgetretene Blutunterlaufung am rechten Fuss in Fall II). Herting meint, dass es sich bei der Blasenzerreissung um eine primäre Muskelblutung handelt, welche die Zerreissung der Blase zur Folge hat. Das Ereigniss eines Blasenrisses bei Paralytikern ist selbstverständlich ein höchst unangenehmes und gefährliches. Es fragt sich, ob es nicht zum Theil verhütet werden kann. Es muss zugegeben werden, dass eine starke Harnblasenfüllung, die ja an sich schon gelegentlich zu einer Ruptur Veranlassung geben kann, bei degenerativer Veränderung der Blasenwandung von Paralytikern einen Riss der Blase um so eher fördern kann. Jede erhebliche Anfüllung der Blase muss also bei Paralytikern verhütet werden. Wie wir gesehen haben, ist der Blasenriss meist bei hochgradig erregten und verwirrten oder völlig apathischen männlichen Patienten vorgekommen. Wenn es auch eine wichtige Aufgabe des Irren-Arztes ist, in derartigen Fällen den Stand der Blase und ihren Füllungsgrad zu überwachen, so versteht es sich von selbst, dass diese Aufgabe grade bei den erregten Paralytikern eine schwere, bisweilen unmögliche ist. Auf Angaben des Wartpersonals über genügend entleerten Urin sollte man sich nicht verlassen, da der ganze Urin in der Regel nicht aufgefangen werden kann und die Anschauungen darüber, ob genügend Urin gelassen wurde, individuellen Schwankungen begegnen. Es kommt darauf an, dass alle Tage hintereinander auch genügend Urin entleert wurde und nicht etwa eine unzureichende Menge an einem oder mehreren Tagen übersehen wurde. Erfahrungsgemäss darf man sich nicht dadurch täuschen lassen, dass der Kranke unwillkürlich Urin gelassen hat, auch wenn die Menge eine reichliche war; Patient 2 schwamm förmlich in Urin und zwar mehrere Male. Im Gegentheil kann der unwillkürliche Abgang von Harn als Zeichen für möglicherweise vorliegende Harnblasenüberfüllung gelten und zur genauen Untersuchung und eventuellen Katheterisirung mahnen. Der Arzt muss, wo es möglich ist, täglich bei aufgeregten oder sehr apathischen Paralytikern den Stand der Blase durch Inspection des Abdomen, Palpation und Percussion festzustellen suchen, wenn er die unliebsame Ueberraschung der Blasenruptur vermeiden will, und zwar in regelmässigen Zwischenräumen. Hat man Harnverhaltung festgestellt, so ist die Beseitigung derselben sofort anzustreben. Ebenso wie bei Paralytikern oft prophylaktisch die Darmentleerung vorgenommen wird, sollte man sich nicht scheuen, bei allen Paralytikern, bei denen der Verdacht einer Urinretention vorliegt, die Catheterisirung der Blase vorzunehmen; ja ich möchte sogar den von Zeit zu Zeit prophylactisch vorgenommenen

Entleerungen der Blase das Wort reden. Sind die Blasenzerreissungen im ganzen auch glücklicherweise anscheinend nicht zu häufig, so sind sie doch so unliebsame und bedrohliche Complicationen, dass der Irrenarzt mit ihnen rechnen und alles zur Verhütung derselben thun sollte. Bei sehr erregten Paralytikern wird natürlich ohne dringendste Indication von der prophylactischen Blasenkatheterisirung Abstand genommen werden müssen, hält es bei ihnen doch schon schwer, sich über den Blasenstand und die Urinentleerung zu informieren. Manchmal ist dies bei tobsüchtigen Personen fast ganz unmöglich. Dieselben lassen unter sich auf den Fussboden und benutzen kein Stechbecken oder Closet, sodass die Ueberwachung des Urinabganges die grössten Schwierigkeiten macht, umsomehr wenn es sich um fettreiche Bauchdecken handelt. Wo Stricturen vorhanden sind und schon bei ruhigen Kranken die Katheterisirung erschwert bez. zunächst undurchführbar ist, erscheint die rechtzeitige Erweiterung der Strictur durch Bougieren gerathen, damit nicht erst die Blasenpunction zur Nothwendigkeit wird. Das Ausdrücken der Blase mit der Hand, welches von Heddaens empfohlen wurde, muss bei der nachgewiesenen Brüchigkeit infolge von degenerativen Veränderungen der Blasenmusculatur als nicht unbedenklich bezeichnet werden, worauf auch Herting und Posner mit Recht hingewiesen haben (l. l. c.). Dahingegen dürfte gegen den häufigen Gebrauch des Katheters bei Paralytikern, die infolge von centraler Nervenerkrankung zu Blasenlähmungen neigen, wieder der Umstand geltend gemacht werden, dass leicht dadurch Cystitiden erzeugt werden können, ja dass die Blase einmal durchstossen werden könne. Obwohl die Desinfection der für gewöhnlich angewandten weichen Nelatonkatheder sich kaum bei den bisherigen Methoden bis zur völligen Sterilität der Katheder ausführen lässt und wir uns damit begnügen, die mit kaltem Wasser durchgespülten Katheder vor dem Gebrauch kurze Zeit in 3 % Carbolsäure zu legen, sie dann mit steriler Gaze abzutrocknen und mit reinem Olivenöl zu benetzen, ist bei uns im Allgemeinen recht selten Blasenkatarrh bei noch nicht im Endstadium befindlichen Paralytikern beobachtet worden. Natürlich muss man saubere und ganze, nicht schadhafte Katheder verwenden.

Wo aber einmal Zeichen von Cystitis auftraten, gelang es dieselben alsbald durch Blasenausspülungen zu beseitigen. Die weitere Furcht, die Blase etwa zu durchstossen, scheint mir bei einiger Vorsicht in der Handhabung der Katheter trotz der präsumptiven Atrophie der Blasenwandung der Paralytiker noch weniger begründet. So sehr man auch im allgemeinen gut thut, bei Geisteskranken jede Polypragmasie zu vermeiden, so dürfte doch ein etwas ausgiebiger Gebrauch des Katheters bei den Paralytikern zur Verhütung von Harnretention und Ueberfüllung der Blase infolge von Lähmungen recht angebracht sein. Es wird wohl ungleich häufiger der Fall sein, dass es durch Harnstauung in der Blase zu Cystitis kommt, als dass diese durch Katheterisirung erzeugt wird. Bei paralytischen Frauen kommt es wohl infolge der grade verlaufenden kurzen Harnröhre seltner zu Urinzurückhaltung. Darauf mag wohl auch der Umstand beruhen, dass die Harnblasenruptur bisher bei paralytischen Frauen nicht beobachtet wurde, während die spontane Harnblasenruptur im übrigen fast nur bei Weibern im Anschluss an den Geburtsact gesehen wurde *). Wie Hertings und meine Fälle zum Theil gezeigt haben, wird es aber trotz alledem hin und wieder zur Blasenzerreissung bei Paralytikern kommen können, da wo es sich gar nicht um eine Harnretention handelt, und zwar infolge der beschriebenen degenerativen Veränderungen der Blasenmusculatur bei Patienten, welche im allgemeinen zu spontanen Blutungen neigen. Befördert werden kann die Ruptur gelegentlich durch heftige Muskelaction bei starker Erregung, wie in meinem Fall III. Auch Thorndicke hat Blasenzerreissung infolge von Muskelaction beobachtet **). Ist nun einmal der Blasenriss eingetreten, so ist es wichtig, das Ereigniss sofort richtig zu diagnosticieren. Dies gelang anfangs nicht, als man auf ein solches nicht gefasst war und es nicht kannte. Auch jetzt noch giebt es Fälle in der Litteratur, in denen selbst traumatische Harnblasenrupturen infolge mangelnder characteristischer Symptome nicht sofort oder gar nicht bei Lebzeiten diagnosticiert wurden. Es wird aber wohl in der Mehrzahl der Fälle jetzt wie in unseren gelingen sofort die Diagnose auf Blasenriss zu stellen.

Es liegt mir fern, hier auf die klinischen Symptome der Blasenruptur erschöpfend einzugehen. Nur einige Momente, die mir besonders bei den Paralytikern wichtig erscheinen, möchte ich hervorheben, indem ich in Bezug auf die eingehendere Klinik der Harnblasenruptur auf Guterbock: Die Krankheiten der Harnblase ***) verweise. Die eigenartigen subjectiven Be-

*) Eulenburgs Realencyclopädie 1894, S. 347. Blasenkrankheiten. Englisch, 3. Auflage, 3. Band.

**) Thorndicke. A few remarks on the diagnosis and treatment of rupture of the bladder. Journ of. cut and gen. ur. diseas. p. 210. ref. nach Virch.-Hirsch Jahresber. 1899, II. S. 520.

***) Güterbock. Die chirurgischen Krankheiten der Harn- u. männlichen Geschlechtsorgane, Band I, Die Krankheiten der Harnblase. Leipzig und Wien 1890, S. 304 ff.

schwerden werden bei den Geisteskranken nicht immer hervortreten. Characteristisch ist der heftige Schmerz im Leib, welcher kolikartig auftritt und von der Blasengegend nach oben oder unten zieht. Allerdings kann er auch bei vorgeschrittenen Paralysen, hochgradig stupidem und analgetischem Verhalten fehlen oder weniger deutlich in die Erscheinung treten. In mehreren Fällen waren die klinischen Erscheinungen ganz eklatante und eine völlige ungünstige Veränderung des Gesammtbildes nach dem Blasenriss sofort bemerkbar. Die Kranken machten einen verfallenen Eindruck, der Puls war beschleunigt, sie sahen blass aus, hatten kühle Temperatur, kühle Glieder.

In einigen Fällen fehlt aber der sofortige Collaps, das kommt namentlich bei denjenigen vor, bei welchen der Blasenriss extraperitoneal geblieben ist. Am meisten muss aber das spontane Entleeren blutigen Urins auf den Eintritt eines Risses aufmerksam machen. Oefter sind Vorboten in Gestalt von unwillkürlichem Urinabgang vorhergegangen, bis mit einem Male überhaupt von selbst kein Urin mehr gelassen werden kann. Das spontane Harnlassen hört nämlich gewöhnlich nach dem Riss auf. Katheterisirt man dann, so erhält man keinen oder wenig sanguinolenten oder rein blutigen Harn. Bisweilen zeigen auch einige Coagula die Residuen einer Blasenblutung an. Meist wird die bisweilen noch spontan gelassene oder durch Katheter entleerte geringfügige Menge des Urins auffallen. Gelangt man aber mit dem Katheter durch den Riss in die Bauchhöhle, so kann man unter Umständen eine erhebliche Menge blutigen Harns herausbefördern, wie in Fall III Hertings. Die Blasendämpfung ist bei intraperitonealen Rissen meist verschwunden. Blut- und Urinergüsse im praevesicalen Raum können bisweilen eine Dämpfung verursachen. Fall I zeigt, dass eine Blasendämpfung durch den in den Retziusschen Raum getretenen Urin vorgetäuscht werden kann; die Dämpfung ging dabei trotz Entleerung von Urin durch Katheder nicht ganz zurück. Bei extraperitonealem Riss findet man Dämpfungen, die sich nach der einen oder anderen Seite von der Blasengegend aus erstrecken. Erscheinungen von Peritonitis, Empfindlichkeit der Bauchdecken, Aufstossen, Erbrechen auch Meteorismus können ganz fehlen, selbst bei intraperitonealen Fällen und stellen sich erst nach mehreren Tagen ein. Spontane Blutunterlaufungen fanden sich in mehreren Fällen am Körper der Paralytiker.

Die Patienten mit Harnblasenzerreissung machen in psychischer Hinsicht einen bald ruhelosen Eindruck mit wirren Delirien, bald einen ganz stuporösen. Vorübergehend kann auch Lucidität mit schwerem Krankheitsgefühl hervortreten.

Der Ausgang der Harnblasenruptur ist in allen Fällen ein tötlicher und zwar tritt der Tod meist sehr bald durch Shock oder innerhalb weniger Tage durch Peritonitis ein, auch bei extraperitonealen Fällen, bei denen es in kürzester Zeit zum Durchbruch in die Bauchhöhle oder zur Sepsis durch Harninfiltration kommt. Rettung ist bei den Harnblasenrissen für gewöhnlich nur durch schleunige Operation möglich. Ein Zuwarten hat dabei keinen Zweck und kann den schlimmen Ausweg nicht abwenden. Die Statistik der Erfolge von Blasenrupturen ergiebt ca. 50 % Heilungen*). Mit der fortschreitenden Vervollkommnung der Technik, bei schneller Diagnose und Indicationsstellung haben die Heilungsziffern, welche noch vor kurzem recht spärliche waren, erheblich zugenommen. Wird man nun auch bei einem Paralytiker, einem unheilbar Geisteskranken eine solche eingreifende Operation im Fall eines Blasenrisses anrathen können? Erfahrungen über Operationen bei denselben liegen noch nicht vor. Es ist fraglich, ob die Heilungsresultate ceteris paribus bei Paralytikern mit ihren trophischen Störungen ebenso gute wie bei den nicht paralytischen Menschen mit Blasenruptur sein würden und ob nicht die Nachbehandlung erheblichen Schwierigkeiten bei den Geisteskranken begegnen würde. Die letzteren liessen sich überwinden. Ist die Paralyse weit vorgeschritten, der Kräftezustand ein schlechter, so wird man von der Operation selbstverständlich Abstand nehmen. Wenn die Kranken noch nicht zu weit vorgeschrittene Paralytiker sind, relativ gutes Allgemeinbefinden zeigen, und ihre nächsten Angehörigen bezw. Vormünder mit der Operation einverstanden sind, muss aber künftig meiner Ansicht nach unbedingt zur Operation einer festgestellten Blasenruptur geschritten werden, dem einzigen Mittel, um den traurigen Ausgang wenigstens für die allernächste Zukunft zu vermeiden. Es können ja noch jahrelange Remissionen eintreten, womit vielen Kranken und Angehörigen schon gedient ist. Man muss auch von dem ärztlichen Grundsatz ausgehen, den Menschen — solange es irgend möglich ist — am Leben zu erhalten, ganz abgesehen von den Fällen, in welchen die Diagnose progressive Paralyse noch nicht ganz feststeht. Ich bin also entschieden dafür, in geeigneten Fällen die Frage einer operativen Behandlung des Blasenrisses auch bei Paralytikern zu bejahen. Namentlich aber dürfte bei extraperitonealem Sitz der

*) Hollendall: Ueber die operative Behandlung einer traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase. Inaug.-Abh., Strassburg i. E. 1896.

Ruptur, wie in einem meiner Fälle, bei sonst günstigen Umständen, die schleunige Operation angezeigt erscheinen. Vielleicht wäre dadurch in meinem betreffenden Fall der baldige Tod nach Durchbruch ins Peritoneum noch rechtzeitig abgewendet worden. Ueber die beschriebenen und ausgeführten mannigfachen Arten der Operationen und ihre Technik will ich hier keine Ausführungen machen und verweise in dieser Beziehung auf Güterbock *) und die übrige Litteratur. Es kommt hauptsächlich die Laparotomie mit Blasennaht oder Blasendrainage in Betracht.

Dass die spontane Harnblasenruptur bisher noch nicht in weiterem Umfange in Irrenanstalten beobachtet wurde, mag wohl an der aufmerksamen Ueberwachung der Blasenfunction, der Verhütung und schnellen Beseitigung von Harnverhaltungen bei Paralytikern liegen, zum Theil aber mögen Harnblasenrisse wohl infolge mangelnder Kenntniss des Ereignisses an sich undiagnosticirt geblieben und auch bei tödtlichem Ausgang übersehen worden sein.**) — Mögen diese Zeilen zur Verhütung dieses unliebsamen Ereignisses und wo dies nicht möglich ist, durch sofortige richtige Diagnosenstellung und schleuniges thatkräftiges operatives Eingreifen in geeigneten Fällen zur Abwendung der augenblicklichen Lebensgefahr beitragen.

*) l. c. S. 308.

**) Nach Mittheilung von Herrn Sanitätsrath Dr. Richter, Oberarzt in Dalldorf, ist daselbst bei der Section von Paralytikern Anfang der achtziger Jahre ein Fall von Harnblasenzerreissung gefunden worden, welcher bei Lebzeiten nicht diagnosticirt war.

Mittheilungen.

— **69. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am 7. Juni 1902 in Galkhausen.

1. Schultze-Andernach: Bemerkungen zur Sachverständigen-Thätigkeit.

a) Sch. berichtet über seine Erfahrungen, die er gemacht hat, wenn er als sachverständiger Zeuge (§ 414 C.-P.-O., § 85 St.-P.-O.) geladen war. In einem derartigen, genauer mitgetheilten Falle versuchte das Gericht auf die verschiedenste Weise von Sch. ein fachmännisches Urtheil zu erlangen und weigerte sich andrerseits, ihn als Sachverständigen zu vereidigen. Da alle Versuche vergebens waren, sah sich das Gericht schliesslich doch genöthigt, seinen ursprünglichen Widerstand aufzugeben und den sachverständigen Zeugen auch noch als Sachverständigen zu vereidigen.

Sch. sucht den principiellen Unterschied zwischen dem Sachverständigen und dem sachverständigen Zeugen festzustellen. Er findet ihn, besonders im Anschluss an die Arbeit von Stein, darin, dass der sachverständige Zeuge wie der Zeuge überhaupt dem Gericht eine bestimmte Thatsache mittheilt, während dasjenige, was der Sachverständige als etwas picipiell Neues dem Gericht zuführt, eine allgemeine, der besondern Sachkunde entstammende Regel ist. Der Zeuge berichtet, kurz gesagt, etwas Concretes, der Sachverständige etwas Abstractes oder wenn wir uns der in der Logik üblichen Terminologie bedienen wollen, jener liefert einen Untersatz, dieser einen Obersatz zu dem von dem Richter zu bildenden Urtheile. Insofern unterscheidet sich aber der sachverständige Zeuge von dem Zeugen, als die Wahrnehmung der von ihm berichteten Thatsachen und Zustände eine besondere, dem Laien für gewöhnlich fehlende Sachkunde erfordert. Deren Vorhandensein ist auch die Voraussetzung einer zutreffenden Schilderung des Befundes und einer Würdigung m. a. W. in vielen Fällen wird der Richter mit der Aussage der sachverständigen Zeugen nichts anzufangen wissen. Das trifft beispielsweise zu für die Aeusserung des als sachverständigen Zeugen geladenen Augenarztes, er habe mittels des Augenspiegels im Augenhintergrunde schwarze und weisse Flecken gesehen. Ein typisches Beispiel für das, was der sachverständige Zeuge dem Gericht mitzutheilen hat, ist das Sectionsprotocoll.

Der sachverständige Zeuge hat nur das zu berichten, was ihm seine technisch-geschärften und geschulten Sinne haben wahrnehmen lassen. Er braucht keine persönliche Stellung zu diesem Befunde einzunehmen; er braucht ihn nicht technisch zu beurtheilen, ihn weder nach der klinischen noch nach der rechtlichen Seite zu würdigen.

Schliesslich führt Sch. kurz an, welche Schlüsse sich hieraus für das Verhalten des Sachverständigen ergeben, der als sachverständiger Zeuge geladen ist. Er betonte dabei unter anderem, dass der Sachverständige auch in diesem Falle nach einer neuerlichen Entscheidung des Reichsgerichts verpflichtet ist, sein Gedächtniss über das, was er vor Gericht auszusagen hat, vorher aufzufrischen, nothwendigenfalls unter Zuhilfenahme schriftlicher Notizen.

b) Sodann theilt Sch. noch kurz Erfahrungen hinsichtlich der Beanstandung der Liquidation von Vorbesuchen mit, aber wegen der vorgerückten Zeit nur insoweit, als der Ort, an dem die Vorbesuche erstattet sind, hierbei in Frage kommt. Dieser Punkt ist für den Irrenanstaltsarzt nicht gleichgültig; das Gericht ist hier und da, wenn auch meist nur vorübergehend, der Ansicht, der Anstaltsarzt, der den zu untersuchenden Kranken in dem betreffenden Krankenpavillon aufsuche, verlasse seine Behausung nicht; er erstatte also auch keinen Vorbesuch, sondern empfange ihn in seiner Wohnung. Eine solche, genauer mitge-

theilte Entscheidung wurde seitens des zuständigen Amtsgerichts und Landgerichts getroffen; die betreffende Anstalt war eine neuere Anstalt im modernsten Pavillonstyl. Dass eine derartige Entscheidung dem allgemeinen Sprachgebrauch der Worte: Wohnung, Behausung wenig entspricht, dass sie geeignet ist, die Anstaltsärzte materiell zu schädigen, braucht kaum hervorgehoben zu werden. (Autoreferat.)

2. R. Foerster und Baucke-Bonn: Sectionsbefund bei zwei Geisteskranken: 1. Disseminirte Encephalomyelitis, 2. Syringomyelie (Demonstration von Präparaten).

Fall I. Erblich belastete, 30jährige Lehrerin, seit $5^1/_2$ Jahren in Anstaltspflege wegen Dementia praecox mit hysteriformen Symptomen. Begann bald nach dem Einsetzen ihrer Krankheit zu „humpeln" und klagte vorübergehend über Schmerzen im linken Oberschenkel. Januar 1901: unbeholfener Gang. Patientin hütete das Bett, da sie das linke Bein nicht bewegen konnte (Luxationsstellung); von Seiten der Reflexe und der Sensibilität war nichts Abnormes nachzuweisen. Die chirurgische Untersuchung im November 01 ergab nur eine Spannung in der Musculatur des Oberschenkels, Knie- und Hüftgelenk waren völlig frei; nach forcirter Extension wurde ein vom Nabel bis zu den Knieen reichender Gypsverband angelegt, nach dessen Abnahme die Weiterausbreitung eines bereits beginnenden Decubitus nicht verhindert werden konnte. Tenesmus vesicae. Temperatursteigerung bei häufigen Messungen nicht nachzuweisen. In den letzten Lebenstagen erhebliche Parese des rechten Armes. Am 18. März 02 exitus letalis.

Sectionsbefund: Pleuritis fibrin. et serosa, Pneumonia lobularis, vergrösserte Milz, Fettleber. Ausgedehnter Decubitus.

Hirngewicht 1300. Arterien der Basis dünnwandig, Pia ablösbar. Ventrikel weit, Ependym verdickt. In den Wandungen der Seitenventrikel finden sich mehrere etwa erbsengrosse Herde von derber Consistenz; in den basalen Ganglien mehrere hirsekorngrosse Plaques von grauröthlicher Farbe und weniger derber Consistenz; ebenso ist die Marksubstanz der Hemisphären und des Kleinhirns von ähnlichen verschiedenartig gestalteten Herden durchsetzt. Pons und medulla ablongata enthalten nur je 2 Plaques, Tractus opticus, Chiasma und die Sehnerven sind frei. Im Rückenmark sieben grössere, scharf abgegrenzte, zackige Plaques von transparenter, glasiger Beschaffenheit und vermehrter Consistenz; die Hinter- und Seitenstränge sind bevorzugt.

Die Betrachtung des frisch secirten Gehirns musste die Annahme einer multiplen Sclerose nahelegen, indess stimmten die klinischen Symptome damit nicht überein. Der mikroscopische Befund lässt auf eine sogenannte gemeine disseminierte Encephalomyelitis schliessen.

Die Pathogenese des Falles wäre folgende: Bei einer körperlich schwachen, erblich belasteten Person mit einem minderwerthigen, functionell untüchtigen Centralnervensystem (das Hinken wäre als hysteriformes Symptom aufzufassen) entwickelt sich nach dem Eingriff, der mit erheblicher Zerrung der Nervenstränge (und möglicher Weise auch einer mechanischen Reizung der Medulla) einherging und bald von einem jauchigen Decubitus gefolgt war, auf infectiösem Wege eine disseminierte Encephalomyelitis.

Fall II. Erblich belasteter Mann von 20 Jahren, von jeher widerspenstig und einfältig, als Kind Rhachitis und Wasserkopf; Stottern und Schwerhörigkeit. Patient erkrankt 8 Tage vor der Aufnahme plötzlich angeblich im Anschluss an einen Todesfall in der Familie mit Depression, äussert verschiedene Wahnideen und geräth in zunehmende motorische Unruhe. Bei der Aufnahme zeigte sich ausser einigen Degenerationszeichen körperlich nichts Auffallendes. Der Kranke bot die ausgesprochenen Symptome des sogen. Delirium acutum und starb am 6. Tage des Anstaltsaufenthaltes.

Sectionsbefund: Starke Hyperaemie des Gehirns, Erweiterung der Ventrikel und des Aquaeductus Sylvi sowie Granulierung des Ependyms. Hyperaemie der Lungen, petechiale Blutaustritte auf den Pleuren. Das Gehirn steht leider nicht mehr zur Verfügung, das Rückenmark wurde in Müller'scher Flüssigkeit conserviert. Es fand sich eine vom Halsmark bis in das obere Brustmark reichende, etwa 11 cm lange Höhle, die caudalwärts an Ausdehnung zunimmt; an der weitesten Stelle kann man bequem einen Bleistift in den Canal einführen.

Der mikroscopische Befund spricht für einen acuten Prozess, ebenso das klinische Bild; bei längerem Bestehen hätten die ausgedehnten Zerstörungen der nervösen Elemente früher merkliche Symptome hervorrufen müssen. Das anatomische Bild lässt mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass es sich um einen fortschreitenden Gewebszerfall und Einschmelzung im Anschluss an eine Gefässalteration handelt. Aetiologisch könnte sehr wohl derselbe Factor in Betracht kommen, der auch das acute Delirium und die Petechien auf der Pleura verursacht hat — höchst wahrscheinlich eine Infection, die im krankhaft veränderten Gehirn die heftigsten Reizerscheinungen auslöste und im Rückenmark, das bereits gewisse Entwicklungsanomalien aufwies, zu ausgedehnter centraler Höhlenbildung Veranlassung gab. (Der Vortrag wird anderweitig ausführlich erscheinen.)

3. Dr. Hoffmann, Gerichtsarzt in Elberfeld: Ein Fall von „inducirtem Irresein".

Vortr. spricht über das Wesen des „inducirten Irreseins", sich hauptsächlich anlehnend an die Arbeiten von Finkelnburg, Lehmann, Knittel, Jörger, Wollenberg, Pronier, Schönfeldt u. A.

Er theilt dann eine eigene Beobachtung mit, bei der es sich um 7 Personen handelt, die an religiöser Paranoia erkrankt sind.

Den Kern dieser 7 bilden 2 Personen, die wahrscheinlich unabhängig von einander erkrankt sind (folie simultanée); bei den übrigen ist dann das Irresein inducirt, und nach des Vortr. Ansicht handelt es sich nicht bloss um eine folie imposée, um ein scheinbares Irresein, sondern um eine echte inducierte Psychose, eine folie communiquée.

Diese siebenköpfige Gemeinde besteht aus der Mutter Gottes, dem neuen Messias und 5 (1 männl.

und 4 weibl.) Jüngern, die auf das nahe bevorstehende Ende der Dinge harren.

Weil sie nicht arbeiten wollten und nach ihrer Ansicht nicht zu arbeiten brauchten, setzten sie sich der Gefahr des Nothstandes aus, ein Umstand, der zunächst die Verwandten veranlasste, den Antrag auf Entmündigung zu stellen. (Wird in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie erscheinen.) Autoreferat.

4. Lückeraths Vortrag: Die beiden ersten Jahre in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, erscheint demnächst in dieser Wochenschrift. —

Die Zahl der bei der Versammlung Anwesenden betrug über 60. Von der Prov.-Verwaltung waren der Landeshauptmann Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. Klein und Landesrath Vorster erschienen. Director Dr. Herting gab an der Hand eines Plans eine Beschreibung der Anstalt, worauf eine Besichtigung der letzteren, der neuesten und hervorragendsten Schöpfung auf dem Gebiete der rheinischen Irrenfürsorge, erfolgte. Die Prov.-Verwaltung hatte in liebenswürdiger Weise die Bewirthung der Gäste übernommen.

— **Chicago**, 10. Juni. Bei dem Brande im Sanatorium der „St. Luces Society"*) wurden neun Männer und eine Frau getötet. Dreissig Personen wurden verletzt. Die Mehrzahl der Kranken befand sich wegen Trunksucht in Behandlung. Als das Feuer ausbrach, waren eine Anzahl von Deliriumkranken an die Betten festgeschnallt. (Tägliche Rundschau.)

*) scheint eine religiöse Genossenschaftsanstalt zu s[illegible]

Referate.

— Movimento de la Casa de orates de Santiago. II. Semester 1900. Santiago de Chile 1901.

Wieder liegt ein Bericht der Anstalt zu Santiago vor von einer Genauigkeit und Uebersichtlichkeit, dass man diese Art Jahresberichte zu schreiben hier und da bei uns zur Nachahmung empfehlen könnte. Viele Illustrationen von Anstaltsansichten, von denen wir einige wiedergeben, zieren die Schrift. Die Anstalt umfasste am 30. Juni 1900 1148 Patienten. Zugang im II. Sem. 1900: 420; Abgang: 353. Bemerkenswerth ist die Häufigkeit des Alkoholismus als Krankheitsursache bei den Aufnahmen, 48 % der Männer, 20 % der Frauen. 77 der Aufnahmen waren Nachkommen von Trinkern. Es werden über die geographische Herkunft, die Berufs- und Ehestandsverhältnisse, das Alter genaue Mittheilungen ge-



Totalansicht der Irrenanstalt zu Santiago de Chile.

macht. Die Kranken von 20 bis 29 Jahren betrugen 31 % der Aufnahmen; die von 30—39: 30 %; die von 40—49: 17 %; die von 50—59: 6 %; die von 60—69: 5 %. 25 waren 10 bis 19 Jahre alt,

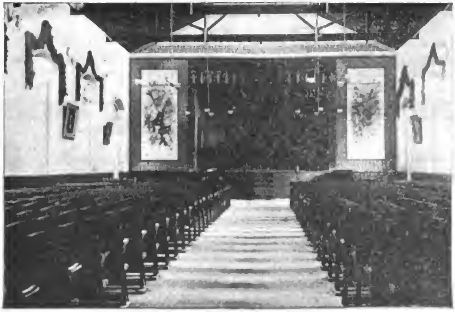


Laboratorium.

11 älter als 70. Das durchschnittliche Alter der Aufgenommenen betrug bei den Männern 36 Jahre, bei den Frauen 35 Jahre. Krankheitsübersicht bei den Aufnahmen: toxische Psychosen einschl. Alkoholismus 133, Manie 54 und Melancholie 52, degenerative Psychosen 47, Neuropsychosen 35, Demenz 29; systematisirte Psychosen 17, progressive Paralyse 3, infektiöse Psychosen 12 und congenitale Zustände 16, periodische Psychosen 9. 36 % der Aufgenommenen waren Analphabeten. 74 % fanden zum ersten Male Aufnahme, 16 % zum zweiten Male, 5 % zum dritten Male, 1 % zum vierten Male. — Bei 12 Kranken fand die Zwangsjacke Anwendung, die Isolirung kein Mal. — Geheilt entlassen wurden 171, gebessert 35; von den Angehörigen wurden 60 zurückgenommen, entwichen 4; gestorben 80; die Zahl der Heilungen gestaltet sich mit Rücksicht auf die zahlreich aufgenommenen Alkoholdeliranten so hoch. — Die poliklinische Sprechstunde wurde von 755 Kranken (die verschiedensten Neurosen und Psychosen) besucht. — Einrichtung für elektrische Bäder, Arsonvalisirung, Röntgenstrahlen etc. — Zwei wissenschaftliche Arbeiten wurden geliefert über die Beziehung des toxischen Coefficienten des Urins zu den Geistesstörungen, speciell der Melancholie — und über das Verhältniss des Nährwerthes der Nahrungsmittel zu demjenigen der Kostration in der Anstalt. — Die Hygiene der Zähne ist besonders geregelt (monatliche Besichtigung der Kranken durch den Arzt). — Der Bericht über das wissenschaftliche Laboratorium und die Zahnpflege wird besonders herausgegeben. — Verschiedene Neubauten. — Auf 7 Kranke kommt eine Pflegeperson. — Von Interesse ist für uns Europäer eine Zusammenstellung des Prozents der Heilungen in amerikanischen Anstalten im J. 1898.

Manhattan	15,18 %	der Aufnahmen.
Hudson River	15,87 „	
Buffalo	20,18 „	
Willard	22,26 „	
Rochester	24,31 „	
Long Island	21,13 „	
Utica	28,73 „	
St. Lawrence	28,82 „	
Binghamton	31,28 „	
Middletown, homeopatico	31,78 „	

Eine grosse Zahl vergleichender Tabellen, welche die Sterblichkeit und die Zahl der Heilungen in den einzelnen Jahren seit 1852 behandeln, sowie solche administrativen Inhalts sind dem Bericht beigefügt.



Theater der Anstalt.

— Israel, S. Entmündigung und Geschäftsfähigkeit. Jurist. Wochenschr. 1901. XXX. pag. 790.

V. bemängelt, dass die durch Seelenstörung bedingte Geschäftsunfähigkeit bei den Entmündigten und bei den Nicht-Entmündigten (cf. § 6 Z. 1 und § 104 Z. 2) verschieden umschrieben ist, während der erste Entwurf des B. G. B. eine völlig übereinstimmende Fassung gewählt hatte. Auch V. wendet sich gegen die Anwendung des Ausdrucks der freien Willensbestimmung; sie sei ein rein doctrinärer, überhaupt nicht in ein Gesetzbuch, sondern in die Philosophie gehöriger Begriff, der, wenn überhaupt, mehr für das Straf- als das Civilrecht passe. Zudem sei die Entscheidung über das Vorhandensein oder Fehlen der freien Willensbestimmung eine medicinische, während die Frage nach der Fähigkeit oder Unfähigkeit der Besorgung seiner Angelegenheiten als eine thatsächliche auch durch nichtärztliche Sachverständige gelöst werden könne. So könne es zu Meinungsdifferenzen kommen, wenn der nicht entmündigte Geistesgestörte, der seine Angelegenheiten zu besorgen vermag, sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande befindet. Um diese, doch nur theoretischen Möglichkeiten zu beseitigen und um nicht im § 104 Z. 2 eine neue Klasse von geschäftsunfähigen Personen zu schaffen, müsste dieser Paragraph folgenden Wortlaut haben:

Geschäftsunfähig ist: . . .

2. wer sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, der dem Betreffenden die Besorgung seiner eigenen Angelegenheiten unmöglich macht, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Ernst Schultze.

— Lebensregeln für Neurastheniker. Von Dr. med. Ralf Wichmann. 3. durchgesehene Auflage. Berlin 1901. O. Salle. 1 M. 68 S.

Die Schrift belehrt in sehr anregender und gründlicher Weise den Neurastheniker über die Ursachen der Nervenschwäche, die verschiedenen Arten, wie sie in Erscheinung tritt, und die zu ihrer Beseitigung nöthigen Verhaltungsmaassregeln. Für manchen Neurastheniker dürfte die Lektüre dieses Büchleins von grossem Nutzen sein, da ja für Viele das gedruckte Wort mehr Ueberzeugungskraft besitzt als das gesprochene. Br.

— P. Näcke: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle, Carl Marhold. 1902. 57 S. 2 Mk.

Zu unterscheiden sind geisteskranke Verbrecher, verbrecherische Geisteskranke, Geisteskranke mit verbrecherischen Neigungen. Jede dieser drei Arten hat wieder verschiedene Abtheilungen; insbesondere sind die Gewohnheitsverbrecher, die Minderwerthigen, die moralisch Defecten, die Epileptiker mit (psychisch) langen freien Zwischenräumen, auseinanderzuhalten. Die Bezeichnung „moralischer Irrsinn" hat leider nicht blos unter den Laien, sondern auch in der gerichtlichen Medizin viel Verkehrtes zu Tage gefördert; und es hätte nur noch gefehlt, dass man, wie neuerdings de Santis von einem moralischen Schwachsinn, von moralischem Blödsinn und Wahnsinn sprechen hörte. Richtig ist es, in der mehr oder weniger fehlenden Moral die A- bezw. Antisocialität und hierbei, gleichgültig, ob es sich um Verbrecher oder Geisteskranke handelt, den Gesichtspunkt vor allem in's Auge zu fassen, dass die Gesellschaft geschützt werden muss. Da eine sehr grosse Anzahl auch nicht mit dem Strafgesetz in Konflict gekommener Geisteskranker bezüglich ihrer Moral Bedenken erregen, so sind die Irrenanstalten in der That keine reinen Heilanstalten, sondern, und das werden sie auch immer sein, zunächst Detentionsanstalten.

Dies vorausgeschickt, haben wir in der vorliegenden Abhandlung einen dankenswerthen Beitrag dazu, wie nach den durch viele Litteratur-Angaben erläuterten Erfahrungen der letzten Jahre die weitere Behandlung der obigen Elemente sich zu gestalten hat. Als eine äusserst wichtige Thatsache sei hervorgehoben, dass das Gefängniss an sich sehr wenig — abgesehen bei angeborener oder erworbener Disposition — Geistesstörung zu erzeugen im Stande ist. Ferner: dass die Paralyse bei den irren Verbrechern so äusserst selten vorkommt. Gegen die Unterbringung in die gewöhnliche Irrenanstalt sind hauptsächlich vier Gründe geltend gemacht worden: das Zusammenlegen bestrafter und unbestrafter Irrer, die störende und demoralisirende Wirkung ersterer, die Unmöglichkeit der Durchführung des No-restraints, und die Schwierigkeit der Bewachung. Nach Ansicht des Ref. hat Vf. diese Gründe nicht widerlegt. Centralgefängnisse, wie in England und Amerika ergaben dort gute Resultate; und wenn eine Autorität wie Tamburini die Errichtung neuer für Italien fordert, so kann namentlich Aversa unter der Leitung des ausgezeichneten, humanen Prof. Vergilio unmöglich so schlecht sein, wie dem Vf. berichtet ist. Gegen die Errichtung von 2 bis 3 solchen bei uns weiss Vf. nichts zu erinnern.

Adnexe an Irrenanstalten, entweder als besondere Abtheilungen oder getrennt, hält er für weniger empfehlenswerth, während er solche an Strafanstalten empfiehlt. Jedoch sollten nur grössere Adnexe an grössere Strafanstalten, für 100 bis 150 Personen, eingerichtet werden, um nicht blos Durchgangsstationen darzustellen. Bezüglich des inneren Betriebes wären I. die zu Beobachtenden, II. die der Kur Bedürftigen aufzunehmen, gefährliche und unmoralische Elemente im Adnex zurückzubehalten. Die nach abgelaufener Strafe harmlos Gewordenen sollen jedenfalls, wenn die Entlassung gerichtlich verweigert wird, nicht in den Irrenanstalten verbleiben, sondern ins Gefängniss zurückkommen. Für die geistig Defecten kommt bald ein Strafhausadnex, bald eine Landkolonie, ausser dem Gefängniss, in Frage.

Aus den Berichten scheint hervorzugehen, dass im Staate New York bisher die schwerwiegendsten und beachtenswertesten Erfahrungen zur Lösung der einschlägigen Fragen gesammelt worden sind.

Kornfeld.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. Bleuler,** Zürich, **Prof. Dr. L. Edinger,** Frankfurt a. M., **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin

Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, **Dr. P. J. Möbius,** Leipzig, **Director Dr. Morel,** Mons (Belgien).

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 13. 28. Juni. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Noch einmal die zellenlose Behandlung.

Von *Hoppe*-Königsberg.

Die Angriffe, welche Herr Neisser in seinem Aufsatze: „Bemerkungen zur Frage der zellenlosen Behandlung und einigen anderen einschlägigen Fragen" (Psych. Wochenschr. Bd. III Nr. 44 u. 46) gegen mein Verfahren der zellenlosen Behandlung gerichtet hat, nöthigen mich zu einigen Worten der Erwiderung und Aufklärung. Herr Neisser tadelt mit sehr scharfen Worten, dass ich den Kranken, von dem ich in meinem Aufsatze in Bd. III, Nr. 30 dieser Wochenschrift berichtet habe, so lange Zeit der Isolirung entzogen habe. Er spricht von starrem Festhalten am Princip, von Verirrung, von ganz unerträglichen Verhältnissen, die ich Monate lang auf der Abtheilung geduldet hätte und glaubt auf das Entschiedenste dagegen Einspruch erheben zu müssen, „dass ein solches zuwartendes Verfahren als ein vom Geiste der modernen Therapie gefordertes angesehen werde." Dass damit indirect auch dem damaligen Director Dr. Sommer, welcher sich nicht

mehr vertheidigen kann, da er todt ist, ein schwerer Vorwurf gemacht wird, scheint Neisser nicht bedacht zu haben.

Diesen Vorwurf muss ich auf das Entschiedenste zurückweisen. Zunächst möchte ich folgendes bemerken. Jede Schilderung enthält, mag der Verfasser sich bemühen, auch noch so objectiv zu sein, eine subjective Färbung, und es ist eine psychologische Thatsache, dass besonders dann, wenn die Schilderung zu einem bestimmten Zwecke erfolgt, die Farben in dieser Richtung hier und da etwas stärker aufgetragen werden. Und so habe auch ich wohl, weil der Zweck meiner Schilderung war, dem Leser zur Anschauung zu bringen, um welch' schlimmen Kranken es sich gehandelt habe, in dem zusammenfassenden Bericht gelegentlich Hyperbeln gebraucht, die mir erst jetzt bei nochmaliger Prüfung als solche zum Bewusstsein kommen. So ist der Ausdruck: „bei jeder Gelegenheit" in dem Satze: „Er schlug bei jeder Gelegenheit auf sie (die Kranken) los," natürlich nur als Hyperbel zu verstehen, wie sie Einem bei solchen Schilderungen entschlüpft. Neisser scheint diesen Ausdruck so aufgefasst zu haben, als ob der betr. Kranke fortwährend, also vielleicht jeden Tag und öfter am Tage die übrigen Kranken geschlagen habe, während ich in Wirklichkeit nur sagen wollte, dass der Patient bei geringfügigen Veranlassungen und auch ohne äusseren Anlass (auf Grund von Hallucinationen) auf die Kranken losgeschlagen habe. Wie oft dies gewesen ist, kann ich jetzt leider nicht mehr feststellen, da mir hier das Material dazu fehlt. Aber sicher kam dies, soweit ich es in der Erinnerung habe, höchstens 1 oder 2 mal in der Woche vor, während manchmal 8—14 Tage und mehr ohne solche Angriffe vergingen. Neisser hat die Notizen von 4 Tagen, an welchen solche Angriffe erfolgten, hinter einander gestellt, so dass der Eindruck einer ausserordentlichen Häufung derselben entsteht, während doch zwischen dem 1. und 2. Datum 6 Tage, zwischen dem 3. und 4. 16 Tage liegen. Andererseits ist von Neisser nicht bemerkt worden, dass nach dem letzten Angriffstage, dem 21. September, bis zum Schlusse der mitgetheilten Krankengeschichte, den 10. October, also volle 19 Tage, keine Angriffe notirt sind, wie denn Neisser auch nicht beachtet hat, dass der Patient oft halbe Tage oder Tage lang, manchmal auch längere Zeit (so z. B. vom 22.—27. September) ganz ruhig und stuporös dalag. Der Eindruck einer ausserordentlichen Häufung der Angriffe wird dann noch dadurch verstärkt, dass Neisser unmittelbar nach der Notiz vom letzten Angriffstage (19. September), worauf doch, wie gesagt, mindestens 19 Tage verhältnissmässige Ruhe folgten, auf Grund meines späteren zusammenfassenden Berichts den Satz stellt: „In der nächsten Folgezeit wurde der Patient immer unleidlicher und aggressiver", während es in meiner Darstellung heisst: „Um nicht durch weitere ausführliche Mittheilung der Notizen zu ermüden, will ich nur zusammenfassend bemerken, dass Patient immer unleidlicher und aggressiver wurde". Dass diese Bemerkung von der nächsten Folgezeit gilt, davon steht in meinem Aufsatze nichts, das ist eine Zuthat des Herrn Neisser. Im Gegentheil ist die Bemerkung für die letzte Zeit vor der Isolirung zu verstehen, bis zu welcher ja vom 10. October, wo die Krankengeschichte abbricht, noch ca. 7—8 Wochen vergingen. Als eben in der letzten Zeit vor der Isolirung Patient immer unleidlicher und aggressiver wurde, wurde schliesslich zur Isolirung geschritten.

Neisser schreibt: „Vom September bis December, über ein Vierteljahr, wurde der oben geschilderte Zustand, wobei fortwährend andere Kranke geschlagen wurden, geduldet," während, soweit die Notizen vorliegen, in der ersten Hälfte dieser Zeit vom 1. September (resp. 22. August) bis 10. Oktober, also in vollen 6 Wochen 4 mal (resp. 5 mal, wenn die beiden Angriffe in der Nacht vom 21. einzeln gezählt werden) thätliche Angriffe notirt sind. Und das nennt Neisser „fortwährend." Glaubt denn übrigens Neisser wirklich, dass sich ein Director bereit gefunden hätte, einer Marotte oder einem Prinzip von mir zu Liebe, „ganz unerträgliche Zustände" monatelang auf der Abtheilung zu dulden? Schlimm waren ja die Zustände, welche der Patient auch schon durch sein häufiges Lärmen und von Zeit zu Zeit wiederkehrendes aggressives Verhalten schuf, aber unerträglich waren sie nicht, sonst wären sie nicht monatelang geduldet worden. Erst als in der letzten Zeit die Angriffe sich immer wiederholten und die Klagen der Kranken sich mehrten, musste ich, der ich in der Hoffnung, dass Patient sein Verhalten mit der Zeit ändern würde, die in letzter Zeit wiederholt in Frage gekommene Isolirung hinauszuschieben versucht hatte, schliesslich doch, wenn auch schweren Herzens, da ich auf andere Weise Abhilfe zu schaffen mich ausser Stande sah, die Isolirung gut heissen, welche ich vielleicht, wenn ich selbst zu entscheiden gehabt hätte, noch etwas hinausgeschoben hätte.

Wie sehr Recht ich mit meinem Zögern hatte, zeigte das Verhalten des Kranken in der Zelle, die Kehrseite der Medaille, welche Neisser nicht genügend beachtet zu haben scheint. War Patient vor der Isolirung schon recht schlimm und unleidlich, so wurde er in der Zelle noch viel schlimmer

und ganz untractabel, waren die Zustände vorher fast unerträglich, so wurden sie nach der Isolirung geradezu trostlos. „Er lärmte fast ununterbrochen Tag und Nacht, attaquirte die Wärter, sowie sie in die Zelle traten, warf ihnen das Essgeschirr an den Kopf, stiess mit den Füssen nach ihnen und versuchte, sobald die Thür geöffnet wurde, indem er sich wie ein Pfeil nach derselben stürzte, hindurchzudrängen, so dass fast regelmässig eine Balgerei entstand und drei oder vier Wärter Mühe hatten, ihn zurück zu halten und die Thür zu schliessen, bevor er sich zwischen Thür und Pfosten geklemmt hatte. Wenn er zum Austreten auf das Closet geführt wurde, **schlug er, wo er nur konnte, auf die im Corridor liegenden Kranken los**, stiess nach ihnen mit den Füssen oder spuckte ihnen ins Gesicht, was er auch den Wärtern oder Aerzten gegenüber mit Vorliebe that. Bald wurde er auch sehr unreinlich, er deponirte täglich Stuhlgang und Urin in der Zelle und begann schliesslich mit den Excrementen die Zellenwände zu bewerfen und zu beschmieren; auch sein Essen warf er häufig in die Zelle und machte allerhand Schmutzereien mit demselben (urinirte z. B. in sein Essgeschirr) etc." Die Stelle: „er schlug, wo er nur konnte, auf die im Corridor liegenden Kranken los" ist im Druck hervorgehoben, weil sie eine Parallele bildet zu der von Neisser hervorgehobenen Stelle aus der Zeit vor der Isolirung: „er schlug bei jeder Gelegenheit auf sie los," und es mir nicht zweifelhaft ist, dass auch erstere von Neisser durch Druck hervorgehoben gegen mich und als Beweis meiner Verirrung angeführt worden wäre, wenn sie sich auf die Zeit **vor** der Isolirung bezogen hätte. Jedenfalls war also in dieser Beziehung auch nach der Isolirung im Sinne Neissers nichts wesentliches gebessert und die „ganz unerträglichen Zustände," „die Nachtheile, Aufregungen und Plackereien, welche die anderen Kranken durch denselben haben in Kauf nehmen müssen," dauerten zum Theil auch während der Isolirung noch fast ein Jahr fort; ja ich kann Herrn Neisser verrathen, dass auch, nachdem bei eingetretener Verblödung (es handelt sich entschieden um einen Fall von Dementia praecox) die Isolirung aufgehoben worden war, Patient noch wiederholt bis in die letzte Zeit vor meinem Fortgang von Allenberg auf Kranke losgeschlagen hat, ohne dass in diesem gelegentlichen Schlagen eine Indication für seine Isolirung gesehen wurde, wie ja auch reizbare Epileptiker, die „bei jeder Gelegenheit" losschlagen, wohl nirgends dauernd isolirt gehalten werden. Ich möchte in Bezug darauf nur noch einen Autor citiren, der doch gewiss für Herrn Neisser maassgebend sein wird. In seinem Aufsatze: „Noch einmal die Bettbehandlung der Irren" (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1894, Bd. 50) sagt nämlich Herr Neisser selbst: „Die Isolirung eines kranken Menschen in einer Zelle, wenn sie lediglich zum Schutze der Umgebung und wegen seiner störenden Unruhe erfolgt, ist und bleibt, wie ich trotz mehrerer Angriffe wiederhole, **eine Grausamkeit**, und wenn sie auch, wie ich stets zugegeben habe, manchmal nicht zu umgehen ist, so ist ihre Nothwendigkeit darum nicht minder beklagenswerth". Eine Grausamkeit aber möglichst hintanzuhalten, oder wenigstens so lange aufzuschieben, als es nur irgend möglich erscheint, das ist keine Verirrung, kein starres Festhalten am Princip, sondern einfach Pflicht des Arztes. Das Urtheil darüber aber, wie lange das in dem einzelnen Falle möglich war resp. wann es unmöglich zu werden begann, das kann kein Fernstehender nach der Lectüre einer Krankengeschichte sich anmaassen, das können nur Aerzte haben, welche den betr. Kranken und die Zustände auf der Abtheilung mit beobachtet haben, also vor allen Dingen der behandelnde Arzt und der Director, welcher die Controlle ausübte.

Ich habe in meinem Aufsatze bemerkt, dass unter Umständen vielleicht auch in diesem Fall die Isolirung zu umgehen gewesen wäre. Herr Neisser frägt, unter welchen Umständen dies wohl hätte angenommen werden können. Es wäre dies z. B. möglich gewesen, wenn die übrigen 4 Einzelzimmer, welche neben dem des Patienten an einem Corridor lagen, von ihren Insassen hätten geräumt werden können, so dass der Kranke diesen Theil der Abtheilung allein mit einem Wärter eingenommen hätte, oder wenn statt des grossen Corridors mit 5 Einzelzimmern ein kleiner mit 2 Zimmern zu Gebote gestanden hätte, von welchen das eine ja wohl unter allen Umständen hätte geräumt werden können. Wenn übrigens Herr Neisser meinen Aufsatz genau durchliest, so würde er eine Stelle finden, in welcher auch ich zugebe, dass in ganz exceptionellen Fällen die Nothwendigkeit einer Isolirung herantreten könne, ja dass man ausnahmsweise auch einmal in die Lage kommen könne die Zwangsjacke anzulegen, wofür Herr Neisser sofort das Beispiel durch Anführung eines solchen Falles erbracht hat. Aber solche Fälle gehören zu den seltensten Ausnahmen, durch welche das Prinzip des No-restraint nicht berührt wird*),

*) Ich möchte hier auf ein sehr treffendes Wort verweisen, welches bereits Griesinger 1867 im 1. Bd. des Arch. f. Psych. S. 247 bei der Besprechung der freien Behandlung geäussert hat: „Ob in ganz extraordinären Fällen bei schweren chirurgischen Verletzungen und einer plötzlichen grossen Gefahr durch

ebenso wenig wie das Princip der zellenlosen Behandlung, wenn in einer grossen Anstalt einmal im Verlauf mehrerer Jahre zu einer Isolirung geschritten werden muss. Dass man sich so lange als möglich gegen die Ausführung einer solchen exceptionellen Zwangsmaassregel sträubt, liegt eben im Begriff des No-restraint und wird jeder Verfechter desselben, also in Deutschland jeder Irrenarzt, begreiflich finden. So hat auch Neisser, wie aus seiner Krankengeschichte hervorgeht, trotz der von Anfang an bestehenden unausgesetzten schwersten Unruhe und des ausserordentlich starken Selbstbeschädigungsdranges des Kranken, welcher sich in die Augen zu bohren, die Genitalien herauszureissen oder zusammenzuquetschen oder sich kopfüber auf den Boden zu stürzen suchte, eine volle Woche gewartet, ehe er zur Anlegung der Zwangsjacke sich entschloss. Niemand wird ihm daraus einen Vorwurf machen. Aber gesetzt der Fall, dass die Krankengeschichte Neisser's vor 30 oder 35 Jahren veröffentlicht worden wäre, wo das No-restraint sich erst in Deutschland Bahn zu brechen anfing und noch sehr viele dasselbe bekämpften, so ist es gar nicht unwahrscheinlich, dass da ein Irrenarzt aufgetreten wäre, welcher das abwartende Verfahren Neisser's in der ersten Woche als starres Festhalten am Princip, als Verirrung gegeisselt und auf das Entschiedenste dagegen Einspruch erhoben hätte, „dass ein solches zuwartendes Verfahren als ein vom Geiste der modernen Therapie gefordertes angesehen werde". Soviel hierüber.

Herr Neisser interpellirt mich, was ich zu thun empfehle, wenn ein oder mehrere Kranke so lärmen oder in anderer Weise so störend sind, dass ihre schlafbedürftigen Nachbarn nicht Ruhe finden können. Die Frage ist meiner Ansicht nach nicht ganz präcis gestellt. Handelt es sich im Sinne Neisser's auch um Kranke, die in der Nacht einmal 1 oder 2 Stunden störend sind und während dieser Zeit andere nicht zur Ruhe kommen lassen, so ist dies ein verhältnissmässig so häufiges Vorkommniss, das auch auf sogenannten ruhigen Abtheilungen eintreten kann, dass man nicht stets sofort einschreiten, sondern abwarten wird, ob der Kranke nicht wieder ruhig wird und einschläft. Geht aber das Lärmen stundenlang fort und ist nach der Natur des Kranken eine Beruhigung nicht zu erwarten, was ja vorzugsweise auf den unruhigsten Abtheilungen vorkommt, so bleibt in der That nichts weiter übrig als die Absonderung in einem (unverschlossenen) Einzelzimmer. Herr Neisser sagt, ob man das ein Separiren oder Isoliren oder Wegstecken nennt, ändere an der Sache nichts. Sicher nicht, denn die Bezeichnung eines Dinges ändert nie das Ding selbst. Wohl aber giebt es gewisse Bezeichnungen, mit denen der Sprachgebrauch einen ganz bestimmten Sinn verbindet. So versteht man unter Isolirung ganz allgemein die Einsperrung eines Kranken in einem Einzelzimmer durch Verschluss desselben, aus dem er also spontan nicht heraus kann. Unter Separiren aber verstehe ich wenigstens, — und ich habe darüber in meinen diesbezüglichen Aufsätzen keinen Zweifel gelassen — die Unterbringung eines Kranken in einem offenstehenden resp. unverschlossenen Einzelzimmer, so dass derselbe von der Umgebung nicht völlig abgesperrt ist, sondern jederzeit zu derselben gelangen kann, wenn er sein Zimmer verlassen will. Isoliren ist Absondern mit Verschluss, Separiren Absondern ohne Verschluss. Zwischen Isoliren und Separiren besteht also ein fundamentaler Unterschied, der auch jedem Geisteskranken, wenn er nicht geradezu total verblödet ist, deutlich zum Bewusstsein kommt, es ist eben der Unterschied zwischen Eingesperrtsein und Nichteingesperrtsein.

Wenn mich Herr Neisser weiter frägt: Wie aber, wenn der Kranke in dem offenen Einzelzimmer nicht bleibt, sondern herausläuft und draussen weiter lärmt? Dann wird es vor allen Dingen auf die Lage des Separatzimmers ankommen.

Wenn z. B. wie in vielen Anstalten 2 Separatzimmer durch ein Wärterzimmer getrennt an einem kleinen Corridor zusammen liegen, so dürfte es den Kranken auch dann nicht besonders viel schaden. In Allenberg liegen aber 4 resp. 5 Separatzimmer (die früheren Isolirzimmer) dicht neben einander an einem Corridor, was ja als zweckmässig sicher nicht bezeichnet werden kann. Wenn nun alle Separatzimmer besetzt waren, so konnte unter Umständen ein solcher Kranker die übrigen 3 oder 4 Kranken erheblich stören (was übrigens auch früher, als noch isolirt wurde, der Fall war, wenn der Kranke die ganze Nacht mit aller Kraft an seine Zellenthür polterte und lärmte, dass der ganze Corridor erdröhnte). Für solche Fälle möchte ich auf die neuerdings von Kraepelin so warm empfohlenen nächtlichen Dauerbäder (Die Wachabtheilung der Heidelberger Klinik

---

einen Kranken mechanische Beschränkungsmittel gebraucht werden sollen, darüber braucht man meiner Meinung nach gar nicht zu streiten und gar keine Regel zu geben. Ich halte das für ganz gleichgültig, weil die wirkliche Behandlungsmethode und der Geist der Anstalt nicht berührt wird. Hier hilft man sich eben, wie man kann, und das nächste was die Gefahr abwenden kann, ist das Beste. Was soll das auch für eine wesentliche Differenz machen, ob der Kranke von Wärtern gehalten, mit Schnupftüchern gebunden oder mit Leibriemen gehalten wird?"

— Centralbl. für Nervenheilkunde, Dec. 1901) hinweisen. Ich habe in Allenberg auch eine Zeit lang den Versuch gemacht, die Dauerbäder über die Nacht auszudehnen, dies aber bald aus Mangel an genügendem Wartpersonal aufgeben müssen. Jedenfalls halte ich das Dauerbad über Nacht für den besten und zweckmässigsten Ersatz der Isolirung. Die Schwierigkeiten, welche sich der Anwendung der Hydrotherapie in der Nacht entgegenstellen, müssen sich bei festem Willen des Anstaltsleiter beseitigen lassen.

Bezüglich der Bettbehandlung freue ich mich, mit Herrn Neisser übereinstimmen zu können. Auch ich bin Scholz gegenüber der Ansicht, dass keineswegs alle Kranke, welche der Bettbehandlung unterzogen werden, nächtlicher Ueberwachung bedürfen. Wie ich in meinem letzten Aufsatze bereits angeführt habe, sind in Allenberg seit Jahr und Tag neben den Wachsälen eine grosse Anzahl von Zimmern zur Bettbehandlung eingerichtet, aber ohne ständige Ueberwachung, welche in einzelnen Zimmern aus Mangel an Wartpersonal selbst bei Tag nicht dauernd sein kann und bei den Kranken, um die es sich handelt aus den Gründen, welche Neisser angeführt hat, auch nicht dauernd zu sein braucht.

Dass alle irgendwie störenden, in Haltung und Benehmen ungeordneten oder auffälligen Elemente (letztere soweit sie sich nicht beschäftigen) ins Bett gehören, habe ich übrigens bereits seit 1890, wo ich die Männerabtheilung übernommen habe, als Prinzip befolgt, (was ich auch, wie ich glaube, in meinem Referat über Neissers erste Arbeit über Bettbehandlung im Centralblatt für Nervenheilkunde 1891 bemerkt habe), so dass die Procentzahl der Bettlägerigen bald auf 30 und 40 % gestiegen ist. Ich bin in den letzten Jahren sogar noch weiter gegangen und habe auch die äusserlich geordneten Kranken, die zu einer geregelten Beschäftigung nicht zu bewegen waren (mit Ausnahmen der von jeher eine Sonderstellung geniessenden Pensionäre) ins Bett gesteckt, bis sie bereit waren eine regelmässige Beschäftigung aufzunehmen. Ich glaube auch, dass die obengenannten Grundsätze der Bettbehandlung auch anderweitig geübt wurden, bevor Neisser sie öffentlich verkündete. Das Verdienst die Bettbehandlung mit Nachdruck empfohlen und sie zur allgemeinen Kenntniss gebracht und dadurch zum Gemeingut der Irrenärzte gemacht zu haben, soll ihm aber ungeschmälert bleiben.

Was die Schlafmittel betrifft, um auch darauf noch kurz einzugehen, so betont Herr Neisser, dass er im Laufe der Zeit immer mehr dazu gekommen sei, die Aufgabe, täglich für ausreichenden Schlaf zu sorgen, für eine der dringlichsten zu halten. Und um diese Dringlichkeit zu erhärten, weist er auf die „immer von neuem zu machende Erfahrung" hin, „dass die meisten Erregungszustände und Erregungssteigerungen sich an schlaflos verbrachte Nächte anschliessen bezw. mit solchen einleiten". Die Thatsache ist zuzugeben und wohlbekannt, aber ich habe bisher nicht geglaubt, dass sie nach dem Satze: post hoc, ergo propter hoc, wie Neisser will, zu erklären sei, und ich glaube auch nicht, dass Neisser's Anschauung von den Irrenärzten getheilt wird. Meiner Ansicht nach ist die Schlaflosigkeit im Beginn der Erregungszustände nicht die Ursache, sondern weiter nichts als ein Symptom oder ein Prodromalsymptom der Hirnveränderung, welche sich bald durch deutliche Erregung kund giebt, ebenso wie die Unstetigkeit der betreffenden Kranken am Tage, die manchmal allerdings nur bei besonderer Aufmerksamkeit bemerkt wird. Ich glaube auch kaum, dass es Herrn Neisser gelungen ist, beginnende Erregungszustände, die sich mit Schlaflosigkeit einleiten, durch Schaffung von künstlichen Schlaf zu coupiren, sonst würde er ja gar nicht in der Lage sein, immer wieder von neuem die Erfahrung zu machen, dass sich Erregungszustände an schlaflos verbrachte Nächte anschliessen. Uebrigens hätte Herr Neisser durchaus nicht nöthig gehabt, die Dringlichkeit der Aufgabe den Kranken Schlaf zu schaffen, durch Hinweis auf klinische Erfahrungen besonders hervorzuheben. Die Wichtigkeit des Schlafes für Gesunde nicht minder wie für Kranke leuchtet von selbst ein und ist allgemein anerkannt. Und das Bewusstsein dieser Wichtigkeit hat sich ja bei den Irrenärzten in einer Weise geltend gemacht, dass bis vor wenigen Jahren in den meisten Irrenanstalten geradezu ein Massenkonsum von Schlafmitteln stattfand und das Erste, was der junge Psychiater beim Eintritt in die Irrenanstalt von Therapie lernte, der Gebrauch der Pravazspritze und die Verzapfung von Schlafmitteln war, die in grossen Flaschen und allen möglichen Combinationen auf die Abtheilung kamen. Es galt eben als die Hauptaufgabe unter allen Umständen Ruhe zu schaffen, und so herrschte vielfach in den Irrenanstalten ein Zustand, welcher von spottsüchtigen Collegen als „die Ruhe des Kirchhofs" bezeichnet wurde.

Ich führe dies an, um zu zeigen, dass von jeher die Aufgabe Ruhe, besonders in der Nacht, zu schaffen, als eine sehr wichtige betrachtet worden ist. Und ich kann Herrn Neisser versichern, dass auch ich von dieser Wichtigkeit überzeugt bin. Darüber besteht also keine Meinungsverschiedenheit. Nur was die Mittel anbetrifft, diese Aufgabe zu lösen, darin beruht die Streitfrage. Und da muss ich nach mei-

nen Erfahrungen die Narcotica für durchaus ungeeignete und unzweckmässige Mittel halten, die höchstens in Ausnahmefällen einmal angewendet werden sollten, und ich halte es für falsch, den Schlaf unter allen Umständen durch Narcotica erzwingen zu wollen. Ich habe in meinem Vortrage 1897 darauf hingewiesen, dass es bei vielen und gerade bei den störendsten Kranken nicht möglich ist, durch noch so gesteigerte Dosen der verschiedensten Narcotica den gewünschten Schlaf herbeizuführen, höchstens dass es gelingt auf 1 oder 2 Stunden Schlaf resp. Narkose zu erzielen. Ist die Narkose vorüber, so geht das Lärmen und Toben von neuem los. Andrerseits treten, wie ich auf Grund der Erfahrungen nach Fortlassen der Schlafmittel gleichfalls betont habe, selbst bei den unruhigsten und erregtesten Kranken auch ohne unser Zuthun von Zeit zu Zeit, in ganz regelloser Weise, kürzere oder längere Pausen ein, in denen sie ruhiger sind oder schlafen. Die Kranken schlafen einmal am Tage oder in der Nacht eine Stunde oder auch mehrere, auf mehrere sehr unruhige Nächte folgt eine ruhigere und auch in den unruhigen Nächten lärmen die Kranken oft nicht die ganze Nacht hindurch, sondern mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen. Die Verabreichung eines Narkoticums ist meiner Ansicht nach in solchen Fällen höchstens im Stande den Schlaf zu anticipiren, ohne dass man, wenn man nicht sehr grosse narkotische Dosen giebt, den Schlaf mit Sicherheit herbeiführen kann.

Ich möchte hier nur noch auf die ganz ähnlichen Erfahrungen des Directors der Irrenanstalt York, Hitchcock, (Note on 206 consecutive cases of acute mania treated without sedatives. — Journ. of ment. science Jan. 1900) hinweisen, welcher daselbst in 16 Jahren 206 Fälle von akuter Tobsucht trotz der Erregung und trotz der Schlaflosigkeit, welche in allen Fällen mehr oder minder hervortrat, ohne Narcotica behandelt hat und dadurch eine grössere Anzahl von Heilungen, eine geringere Anzahl von Todesfällen und bei den ungeheilten Fällen eine grössere Ruhe erzielt zu haben glaubt. Die Erfahrungen, die Hitchcock in 6 Irrenanstalten, in denen er früher gewesen, über die Wirkung der Schlafmittel gemacht hat, haben ihn zur Ueberzeugung geführt, dass sowohl bei akuten als bei chronischen Fällen der Gebrauch der Schlafmittel gefährlich ist, dass kein bekanntes Narcoticum den Anfall heilt oder abkürzt, dass die Verabreichung in genügend grossen Dosen, um die Aufregung zu unterdrücken, den Kranken dauernden Schaden bringt und dass auch längere Schlaflosigkeit die spätere Heilung nicht hindert. Ich kann dies Wort für Wort unterschreiben, ebenso wie die Empfehlung diätetischer und hydrotherapeutischer Maassnahmen, welche einen natürlichen Schlaf herbeizuführen geeignet sind, an Stelle der Betäubung durch Narcotica*).

Nachtrag.

Bevor noch die Drucklegung der vorstehenden Ausführungen erfolgen konnte, hat auch Bleuler Gelegenheit genommen, sich über meinen Aufsatz zu äussern und seinen Standpunkt zu vertheidigen. Es hat sich dabei gezeigt, dass die Differenzen zwischen den Anschauungen Bleuler's und den meinigen gar nicht so bedeutend sind, als es den Anschein hat. Jedenfalls kann ich mit Bleuler's Zugeständniss, dass er ganz gern sähe, wenn meine Anschauungen angenommen würden, damit das viele Gute, das in meinen Vorschlägen liege, möglichst Verbreitung fände, völlig zufrieden sein.

Auch damit kann ich mich einverstanden erklären, dass wenn ich etwas übers Ziel hinausgehen sollte, sich das ganz von selbst korrigiren wird. Ich glaube aber ebenso wenig über das Ziel hinausgegangen zu sein wie die ersten Anhänger des No-restraint, obgleich ihnen dies zuerst allgemein vorgeworfen wurde. Hoffentlich lässt es Bleuler nicht bei der prinzipiellen Anerkennung bewenden, sondern versucht practisch die zellenlose Behandlung zugleich mit der Bettbehandlung durchzuführen, wobei die Bedenken, die Bleuler jetzt noch hat, sicher schwinden werden. Und in dieser Beziehung noch einige Bemerkungen.

Wie Bleuler beim genaueren Durchlesen meiner Aufsätze über die zellenlose Behandlung und der vorstehenden Ausführungen ersehen wird, habe ich gegen die Unterbringung von Kranken in Einzelzimmern an und für sich nichts einzuwenden, ich bekämpfe nur das Einsperren in Einzelzimmern oder in eigens dazu eingerichteten „Zellen". Das Separiren in Einzelzimmern habe ich ja selbst in vielen Fällen an Stelle des „Isolirens" empfohlen. Mein Kampf richtet sich gegen das geschlossene Einzelzimmer, die Zelle, nicht gegen das offene oder vom Kranken jederzeit zu öffnende Einzelzimmer, weil sich eben aus der zwangsmässigen Abschliessung oder Einsperrung des Kranken zahlreiche Nachtheile ergeben, die von allen Vorkämpfern der zellenlosen Behandlung genügend beleuchtet worden sind. Ich pflichte Bleuler vollständig

*) Experimentelle Untersuchungen, welche neuerdings von Hans Winterstein („Zur Kenntniss der Narkose", Zeitschr. f. allg. Physiologie 1902, Bd. I, H. 1) angestellt worden sind, führten zu folgendem Schluss: Niemals darf die Annahme Platz finden, dass der natürliche Schlaf durch die Narkose des Nervensystems zu ersetzen sei. Denn in dem Ueberwiegen der Assimilation über die Dissimilation ist das Wesen des Schlafes zu suchen, während die Narkose beide in gleicher Weise lähmt.

bei, dass „bei den Geisteskranken wie bei Gesunden sich Leute befinden, die sich Nachts am wohlsten allein befinden und denen dies nichts schadet", sondern sogar nutzt. Ja, man kann sogar noch weiter gehen und sagen, dass es Geisteskranke giebt, die sich auch am Tage am wohlsten allein befinden, deswegen aber brauchen dieselben doch nicht hinter Schloss und Riegel zu sitzen. Gegen den „Komfort des Einzelzimmers" hat wirklich niemand etwas einzuwenden. Auch ich halte, wie ich dies in meinem Aufsatze in Nr. 30 und 31 des 3. Jahrgangs deutlich genug ausgedrückt habe, eine grössere Anzahl von Einzelzimmern durchaus nicht für unzweckmässig, (wenn sie nur nicht als Isolirzellen gemissbraucht werden), ich habe direct betont, dass es im Allgemeinen das beste wäre, wenn man jedem Kranken sein eigenes Zimmer anweisen könnte, wie dies in vornehmen Privatanstalten der Fall ist, bei öffentlichen Irrenanstalten scheitert dieser fromme Wunsch aber an der allzugrossen Kostspieligkeit. Und da sind denn, wie dies in allgemeinen Krankenhäusern und Kliniken auch der Fall ist, grössere Schlaf- und Wachsäle unvermeidlich. Andrerseits aber halte ich bei zahlreichen überwachungsbedürftigen Geisteskranken gewisser Art den Aufenthalt in Wachsälen aus psychischen Gründen und der besseren Ueberwachung wegen für durchaus geboten und zweckmässiger als die Unterbringung in Einzelzimmern, so dass ich selbst in einer vornehmen Privatanstalt für erstklassige Patienten aus therapeutischen Gründen einen Wachsaal einrichten würde. Die Einsamkeit des Einzelzimmers wirkt vielfach psychisch ungünstig und es bilden sich oft unangenehme Eigenschaften aus, die im Wachsaal gar nicht aufkommen können.

Das „Modeaxiom, dass Geisteskranke krank seien und deshalb ins Bett gehören", ist niemals und nirgends aufgestellt worden. Es wird niemanden einfallen, einen ruhigen, unauffälligen, arbeitsfähigen und arbeitslustigen Geisteskranken deswegen ins Bett zu stecken, weil er eben geisteskrank ist. Bleuler's Aeusserungen in dieser Hinsicht zeigen, dass er das, was die Bett-Behandlung will, völlig missverstanden hat. Es handelt sich bei der Bettbehandlung doch nicht um alle Geisteskranken, sondern nur um solche Elemente, die unruhig oder in irgend einer Weise störend und zu einer Arbeit nicht zu verwenden sind. Dass chronische Fälle im Prinzip arbeiten sollen, wie Bleuler zu betonen müssen glaubt, ist ein bereits vor 100 Jahren (Pinel, Reil, Langermann) ausgesprochener und jetzt allgemein anerkannter Grundsatz. In Allenberg waren, wie ich dies schon in meinem Vortrage 1897 bemerkt habe, ungefähr die Hälfte der Kranken 3. Klasse regelmässig mit nutzbringender Arbeit beschäftigt.*) Auch für die andern deutschen Irrenanstalten, wo die Bettbehandlung in ausgedehnter Weise geübt wird, gilt Aehnliches. Das scheint Bleuler entgangen zu sein. Dass manche unruhige Elemente bei der Arbeit ruhiger werden, ist auch in diesen Anstalten ganz bekannt.

Bei leichteren Graden von Unruhe, bei denen eine Beschäftigung noch möglich ist, tritt die Bettbehandlung eben nicht ein. Zu Bett gelegt werden nur chronische Kranke mit stärkerer Unruhe und chronischen Erregungszuständen, welche ein Verbleiben bei der Arbeit unmöglich machen. Und wenn wieder Beruhigung eingetreten ist oder der Zustand sonst es erlaubt, lässt man die Kranken aufstehen und schickt sie, sobald es geht, wieder zur Arbeit. In den Fällen, wo die Bettlage den Kranken „eine Qual" ist, aber auch bei anderen wird natürlich von Zeit zu Zeit der Versuch gemacht, ob sie sich beim Auf-sein besser befinden. Wird jedoch dadurch ihre Unruhe, ihre Angst, ihr Jammern und Klagen etc. vermehrt, so müssen sie wieder ins Bett, wo sie sich dann in Wirklichkeit am wohlsten befinden, selbst wenn sie die Bettruhe als Qual bezeichnen.

Wenn Bleuler meint, dass nach meiner Berechnung die Bettbehandlung sehr theuer sei und auf die 600 unruhigen Kranken über 150 Wärter (!) nothwendig seien, so weiss ich wirklich nicht, wie Bleuler zu dieser exorbitanten Zahl kommt. In meinem Aufsatz (3. Jahrgang Nr. 30, 31 dieser Wochenschrift) findet sich über die Zahl der Wärter nur die Bemerkung, dass in Allenberg durchschnittlich ungefähr 1 Wärter auf 8 Kranke kommt. Und in meinem Vortrage vom Jahre 1897 erwähnte ich, dass ich auf der Abtheilung der erregtesten Kranken (Zellenabtheilung) 5 Wärter auf 20 Kranke oder 1:4 hatte, aber meiner Meinung nach 1:3 nothwendig wären. Nun werden doch aber sicher nicht alle 600 Kranken Bleuler's dauernd tobsüchtig erregt sein und dauernd zu Bett liegen müssen. Ein solcher Gedanke ist mir nicht im entferntesten gekommen. Von den 600 Unruhigen wird wohl die weit überwiegende Mehrzahl zu den sogenannten Halbunruhigen gehören, die zum grössten Theile (dauernd oder zeitweise) noch beschäftigt werden und ausser Bett sein können, während andere durch die Bettbehandlung so weit beruhigt werden könnten, dass sie (wenigstens zeit-

*) In meinem Vortrag heisst es, „dabei will ich gleich erwähnen, dass auch die Beschäftigung der Kranken, deren beruhigender Einfluss bekannt ist, die nothwendige Berücksichtigung gefunden hat". (Bericht über die Jahresvers. des Vereins deutscher Irrenärzte 1897, S. 44.)

weise) arbeitsfähig werden. Selbst wenn ich annehme, dass regelmässig 150 von den 600 Kranken tobsüchtig erregt*) sind, also bei Bettbehandlung ca. 45 Wärter brauchen und im Uebrigen ungefähr die Verhältnisse obwalten, wie sie im Allenberger Siechenhause mit chronisch unruhigen, unreinlichen und verblödeten Kranken herrschten, wo in 3 Abtheilungen 12 Wärter auf 110—120 Kranke (mit ca. 60% Bettlägerigen) kommen, so dass auf die restirenden 450 Kranken Rheinau's etwa 50 oder gar 55 Wärter kommen würden, so würden sehr hoch gerechnet immer erst 100 Wärter oder 1 auf 6 nothwendig sein, ein Verhältniss, wie es in zahlreichen grossen Irrenanstalten besteht und für unruhige Kranke auch kaum zu gross erscheint. Es ist mir aber auch nicht fraglich, dass sich mit dem Verhältniss 1:7 oder 85 Wärtern bei den 600 Kranken in Rheinau die Bett- und zellenlose Behandlung ohne besondere Schwierigkeiten durchführen lassen würde**), besonders, wenn erst das System Aerzten und Wärtern in Fleisch und Blut übergegangen ist. Mit theoretischen Raisonnements, die auf Vorurtheilen begründet sind, lässt sich allerdings die Frage nicht entscheiden, hier heisst es eben probiren, denn

Grau, teurer Freund, ist alle Theorie
Und grün des Lebens goldner Baum.

Wenn Bleuler allerdings die Bauten in Rheinau, besonders den Zellenbau als einen Nothbehelf bezeichnet, der bei den zeitigen Verhältnissen nicht zu umgehen gewesen sei, so kann man ja die Vertheidigung eher gelten lassen, man begreift dann aber nicht recht, was mit der Veröffentlichung des Aufsatzes, in dem diese Bauten beschrieben wurden, bezweckt war, da im Allgemeinen jede solcher Beschreibung und Veröffentlichung in dem Leser die Anschauung zu erwecken geeignet ist, dass es sich um etwas Mustergültiges handle.

*) Auch von den schlimmsten Artefakten lassen sich viele, wenn nicht die meisten, bei zweckmässiger Bettbehandlung noch wesentlich bessern und erziehen, wie allenthalben die Erfahrungen zeigen. Ich verweise in dieser Beziehung nur auf die Erfahrungen, die, wie Neisser in seinem Aufsatze bemerkt hat, neuerdings in der Pensionärabtheilung von Leubus gemacht worden sind und ausführlich in einem Aufsatze von Alter („Versuche mit zellenloser Behandlung etc.", Centralbl. für Nervenheilk., März 1902) veröffentlicht worden sind.

**) Ich möchte Herrn Bleuler in dieser Beziehung nur auf den jüngst in der Allg. Zeitschr. für Psychiatrie erschienenen Aufsatz von Würth in Hofheim „Ueber die Bettruhe bei chronischen Geisteskranken" verweisen, worin derselbe schildert, wie er die Bettbehandlung bei 200 chronischen (unruhigen) weiblichen Geisteskranken mit dem besten Erfolge durchgeführt hat, ohne dass eine Vermehrung des Wartpersonals erforderlich war.

Und nun noch eins. Wenn Bleuler zur Vertheidigung der Isolirungen (darunter immer das Einsperren in Zellen verstanden) anführt, dass manche Kranke die Isolirungen als eine Wohlthat empfinden, dass sie selbst nach der Zelle verlangen u. s. w., (auch Fürstner hat auf der letzten Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe, Nov. 1901, dieses Moment den Anhängern der zellenlosen Behandlung gegenüber hervorgehoben), so will ich nur darauf hinweisen, dass, als vor 50 Jahren der Kampf um das No-restraint entbrannt war, den Vorkämpfern desselben von den Vertheidigern des Restraint auch entgegengehalten wurde, dass viele Kranke selbst nach dem Restraint verlangen und später dankend die Nothwendigkeit derselben anerkannten (siehe Dick, Reiseskizzen Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XIII, S. 370). Es giebt eben nichts neues unter der Sonne. Die Diskussion, die jetzt über die Frage „Isoliren oder Nichtisoliren" geführt wird, ist schon vor einem halben Jahrhundert 30 Jahre hindurch in derselben Weise über das Restraint oder No-restraint geführt werden. Alle Gründe, welche damals für die Beibehaltung des Restraints vorgebracht wurden, sie sind jetzt, vielfach mit denselben Schlagworten, bei der Vertheidigung der Isolirzellen wiedergekehrt. Es wurde damals „vor jeder Einseitigkeit, vor allen Extremen" gewarnt, wie jetzt vor der „Schablone" (Bleuler) gewarnt wird und von „Prinzipienreiterei", von „Uebertreibungen", von „Extremen", von „extremen Zielen der Fanatiker" oder „Fanatismus"*)

*) Herrn Jolly, von welchem die letzten Ausdrücke in dem neuesten Jahrgang der Charité-Annalen bei den Erläuterungen zum Neubau der psychiatrischen und Nerven-Klinik der Königl. Charité (Band 26, Seite 347, vergleiche diese Wochenschrift, Bd. IV, Nr. 1, S. 10) gebraucht worden sind, scheinen seine Ausführungen auf der Versammlung deutscher Irrenärzte in Berlin, dass „das für das neue Jahrhundert ausgegebene Stichwort der zellenlosen Behandlung als ein aussichtsvolles Verbesserungen in sich schliessendes, bezeichnet werden dürfe", unter Hinweis darauf, dass trotz der Schwierigkeiten, mit welchen Anfangs die Durchführung des No-restraints zu kämpfen hatte, diese doch schliesslich ohne Rest gelungen sei, schon leid zu thun, sonst würde er den Ausdruck „Fanatiker", mit dem ja auch die Anhänger des No-restraints über 2 Jahrzehnte lang regalirt worden sind, nicht gebraucht haben. Der Widerspruch ist um so grösser, als Jolly selbst betont, dass er trotz der ungünstigen Verhältnisse in der Charité nunmehr durch systematische Einschränkung der Isolirungen zu auffallend viel günstigeren Verhältnissen gekommen sei, als sie früher bestanden und als er sie erwartet hatte. Die mildernden Umstände, welche Herr Jolly so gütig sein will, den „Fanatikern" zuzubilligen, sind denselben wirklich nicht von Nöthen und werden ebenso freundlich wie entschieden zurückgewiesen. Ich glaube, es werden kaum 10 Jahre ins Land gehen, dass man den Spiess wird umdrehen können und in der Lage sein wird, den Gegnern der zellenlosen Behand-

gesprochen wird; strenge vernünfüge Individualisirung wurde damals beim Restraint empfohlen, wie sie jetzt beim Isoliren empfohlen wird, ein „milder" Restraint wurde damals in vielen Fällen als Heilmittel, ja als „Quelle des Comforts" (s. Dick, Reiseskizzen a. a. O.) gepriesen, wie jetzt vom „Comfort" der Isolirzelle gesprochen und in manchen Fällen die Isolirung „in therapeutischer Beziehung nützlich" genannt wird; es wurde die grosse Störung und die Belästigung der anderen Kranken und der Wärter als die nothwendige Folge der Beseitigung des Zwanges hervorgehoben, wie jetzt das gleiche Motiv gegen die zellenlose Behandlung angeführt wird; es wurde von den „rohen Wärterfäusten" gesprochen, welche an die Stelle des Restraint treten müssten, wie man jetzt das Gleiche bei der Aufgabe der Isolirung prophezeit; es wurden an die Anhänger des No-restraint zahlreiche Fragen gestellt, wie sie in diesen und in jenen Fällen ohne Zwangsmittel auskommen wollen (vgl. bes. Guislain: Leçon orales sur les phrénopathies 1852, übers. von Laehr 1854) resp. was sie in solchen Fällen zu thun empfehlen (z. B. wenn ein Kranker sich immerfort ausziehe oder alles zerreisse oder nicht im Bett bleiben wolle), ebenso wie jetzt Neisser mich interpellirt, was ich in den und den Fällen zu thun empfehle; und endlich wurde die ausserordentliche Kostspieligkeit des No-restraint, die Benöthigung einer bedeutenden Vermehrung des Wartpersonals, des ärztlichen Personals etc. betont und die Frage als „reine Kostenfrage" bezeichnet, wie jetzt Mercklin und Siemens die zellenlose Behandlung vorwiegend eine „Personal- und Geldfrage" und eine „Geldfrage von grosser Tragweite" nennen. Es ist also alles schon einmal dagewesen.

Und wie vor einigen Jahrzehnten das No-restraint sich allem Hohn und allen Schmähungen, allen Einwürfen und Bedenken gegenüber siegreich durchgekämpft und die erbittertsten Gegner schliesslich zum Schweigen gebracht oder in die eifrigsten Vorkämpfer verwandelt hat, so wird auch in unseren Tagen die zellenlose Behandlung den endgültigen Sieg „ohne Rest" davontragen und mit der durch die Thatsache bewiesenen Macht seiner Zweckmässigkeit die Bedenken der bisherigen Gegner verstummen machen. Allem Anschein nach wird das schneller gehen als mit dem Siege des No-restraint. Mit dem Falle der Zelle, welche ja weiter nichts ist als das letzte und am längsten festgehaltene Beschränkungsmittel des Restraint, das letzte Ueberbleibsel des alten Tollhauses, wird das No-restraint-System erst gänzlich vollendet sein.

Die historische Gerechtigkeit erfordert es, darauf hinzuweisen, was jetzt anscheinend in Vergessenheit gerathen ist, dass in England schon vor 50 Jahren mit dem Restraint vielfach auch die Zellen abgeschafft wurden, worauf schon Conolly hingedrungen zu haben scheint. Dick berichtet in seinen obengenannten Reiseskizzen (1853), dass auf der weiblichen Abtheilung der Irrenanstalt Springfield mit 500 weiblichen Kranken nicht nur alle Zwangsmittel verbannt, sondern auch die Zellen völlig beseitigt waren; es befand sich zur Zeit seines Besuches nur eine einzige Kranke in einer offenen Zelle. Dabei wird der wohlthuende Geist der Ruhe, des Friedens und der Ordnung hervorgehoben, welcher in der Anstalt herrschte, und der Verwunderung Ausdruck gegeben, dass dies Alles trotz des geringen Wartpersonals (1 : 18) und der wenigen (2) Aerzte möglich war. Auch scheint die Bettbehandlung noch unbekannt gewesen zu sein. Nur bei der Anstalt Devonshire wird erwähnt, dass in ihr Director Ruckwill ebenso wie Guislain die Beobachtung gemacht habe, dass durch somatische Erkrankungen herbeigeführtes Bettliegen oft vom günstigsten Einfluss auf das psychische Befinden sei (eine historisch recht bemerkenswerthe Notiz). — Auch in der französischen Anstalt Maréville fand Dick zwar alle Zellen beseitigt (und sie blieben es auch, wie spätere Reiseberichte lehren), aber eine reichliche Anwendung von Zwangsmitteln. Bei dieser Gelegenheit berichtet Dick, dass nach Koster auch in Stephansfelde mit der Seklusion gebrochen werden soll. Dass das Vorgehen in Springsfield übrigens nicht vereinzelt war, zeigen die Angaben von Ludwig Mayer in seinem Aufsatze: „Die Abschaffung des No-restraint" im 20. Bande der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie (1863), die er auf Grund eigener Informationen bei einer Reise durch englische Irrenanstalten gemacht hat. „Die englischen Irrenanstalten", sagt er, „gewähren zwar über dem 5. Theil der Gesammtbevölkerung die Wohlthat des Einzelschlafzimmers, aber sie besitzen keine eigentlichen Zellenabtheilungen, und kaum 2 von 20 einzelnen Räumen sind zur Aufnahme Lärmender und Zerstörungssüchtiger geeignet. Die Benutzung einer eigentlichen Zelle ist aber eine ausserordentlich seltene, und es ist mir nicht besser als den meisten Besuchern englischer Anstalten gegangen, ich hatte keine Gelegenheit, die Benutzung einer Polsterzelle zu beobachten. Die Commissionars of lunacy fanden bei den Besuchen sämmtlicher Grafschaftsanstalten mit einer

lung mildernde Umstände bewilligen zu müssen, ebenso wie Westphal auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte i. J. 1879 mildernde Umstände für die anfänglich fast allgemeine Opposition gegen das No-restraint bewilligte, die er „als kein freundliches Blatt in der Geschichte der practischen Psychiatrie" bezeichnete.

Bevölkerung von ca. 1300 Geisteskranken nur einen derartigen Fall. Aber auch die Isolirung im gewöhnlichen Schlafzimmer ist so selten, dass man geneigt ist seinen eigenen Augen zu misstrauen. In 5 englischen Irrenanstalten mit ca. 5700 Geisteskranken fand ich in zweien gar keine und in den 3 übrigen 4 Kranke in ihren Schlafzimmern isolirt. Morel begegnete bei seinen Besuchen der englischen Irrenanstalten unter 5—6000 Irren nur 3 Fällen von Isolirung. Die Commissionars of lunacy fanden nur in wenigen Grafschafts-Asylen einzelne Kranke zur Zeit ihrer Besuche isolirt. In fast allen Fällen erstreckte sich die Isolirung auf wenige Stunden. In Suffolk wurde jeder Kranke als isolirt betrachtet und demgemäss registrirt, welcher auch nur $^1/_2$ Stunde sich hinter der zugezogenen Thür seines Schlafzimmers befand, auch wenn die Thür nicht abgeschlossen war. Isolirungen von der Dauer eines Tages sind ganz aussergewöhnliche Vorkommnisse. Nur einmal im Verlauf eines Jahres war die Zahl einer Woche erreicht worden. In 4 Anstalten, Lincoln, Surrey, Sussex und Birmingham (mit 2169 Geisteskranken), war innerhalb eines Jahres und länger keine Isolirung vorgenommen worden. Kürzere freie Zeiträume (Monate und Wochen) kamen in zahlreichen Anstalten vor". Das Urtheil Griesinger's, welcher die „Zellenpsychiatrie" ebenso verpönte wie das No-restraint, ist bekannt. Weniger bekannt aber dürfte sein, dass Rust sich bereits i. J. 1831 in einem Gutachten über die Anlage von Marsberg ganz entschieden gegen die Errichtung von Zellen ausgesprochen hat: „Mit der Absicht für die Tobsüchtigen einzelne Zellen anzulegen kann man sich nicht einverstanden erklären, da letztere die nothwendige Beaufsichtigung und Pflege, deren die Tobsüchtigen im höchsten Grade bedürfen, nicht gestatten. Es muss freilich dem Ermessen des Arztes anheimgestellt bleiben, inwiefern er in besonderen Fällen der einen oder der anderen abgesonderten Zelle sich bedienen will, um einen besonders widerspenstigen Kranken durch Entfernung aus der menschlichen Gesellschaft auf einige Zeit zu bändigen. Aber als allgemeine Regel darf es nicht gelten, jeden Tobsüchtigen völlig zu isoliren. Und da die Ausbrüche der Wuth oft lange Zeit hinter einander fortdauern und nicht selten mit schweren körperlichen Leiden vergesellschaftet sind, so ergiebt sich hieraus ein Zustand, der die ununterbrochene Gegenwart und Aufsicht des Wärters dringend nothwendig macht. Denn oft sind Fälle von Selbstmord in einsamen Zellen vorgekommen, in denen der Kranke durchaus nicht so gefesselt werden kann, dass er dadurch völlig gehindert würde Hand an sich zu legen. Dergleichen traurigen Ereignissen darf aber durch die baulichen Einrichtungen nicht Vorschub geleistet werden. Es dürfte für die Marsberger Anstalt hinreichend sein, 2 Zellen für einzelne männliche und 1 Zelle für weibliche Tobsüchtige, die übrigen zu Zellen bestimmten Räume aber zu angemessenen Zimmern herzurichten" (Koster und Tigges: Die Irrenanstalt Marsberg, Allg. Ztschr. f. Psych. Anhang zu Bd. 24. 1867, S. 90).

Mittheilungen.

— **Norddeutscher psychiatrischer Verein.** Neunte Sitzung Montag, den 7. Juli 1902, Vormittags 11 Uhr im „Danziger Hof" zu Danzig. Tages-Ordnung: Geschäftliche Mittheilungen. Vorträge und Demonstrationen: 1. Die acute hallucinatorische Verwirrtheit als Initialstadium bei Melancholie. Dr. Gluzewski, I. Assistenzarzt in Conradstein. 2. Ueber Gehirnsection, mit Demonstrationen. Dr. Wickel, III. Arzt in Dziekanka. 3. Die Familienpflege Geisteskranker bei der Provinzial-Irren-Anstalt Conradstein. Dr. Neugebauer, III. Oberarzt in Conradstein. 4. Die neu errichtete Irrenabtheilung an der Strafanstalt zu Graudenz. Dr. Sander-Graudenz. 5. Körperverletzungen, körperliche Misshandlungen als Ursache von Geistesstörungen. Med.-Rath Dr. Krömer, Direktor in Conradstein. Nach der Sitzung Diner mit Damen im „Danziger Hof" (Gedeck 3 M.), dann Fahrt nach Zoppot. Um zahlreiche Betheiligung — auch der Damen — wird gebeten. Die Geschäftsführer: Krömer-Conradstein, Siemens-Lauenburg.

— **Zur „Irrenfürsorge" in Tirol** schreiben die „Innsbrucker Nachrichten" vom 14. Juni 1902:

Wie verlautet, besteht in der Landesirrenanstalt in Hall eine Typhusepidemie. Wer die Verhältnisse in dieser Anstalt kennt, den erfüllt eine solche Nachricht mit ernster Besorgniss, wenn er bedenkt, welchen Gefahren die Pfleglinge in einem solchen Falle in einer Anstalt ausgesetzt sind, die aller Erfordernisse einer entsprechenden Irrenpflege entbehrt, im höchsten Grade überfüllt ist und in welcher überdies geeignete Räume für die abgesonderte Behandlung von den mit ansteckenden Krankheiten Behafteten nicht vorhanden sind.

Der Ausbruch der Epidemie giebt Anlass, die Verhältnisse der Irrenpflege in Tirol neuerdings zu besprechen und neuerdings den Versuch zu machen, den mächtigen Kräften, die in diesem Lande daran sind jede Neuerung und jeden Fortschritt zu unterdrücken, entgegenzutreten und sie zu erinnern, welche

Schuld des verhängnissvollen Unterlassens sie unentwegt auf sich laden.

Wir erinnern hiebei an die von massgebender Seite nicht widerlegte Notiz in den Innsbrucker Nachrichten vom 3. December 1901, welche für den Kundigen deutlich genug volle Aufklärung darüber enthält, dass es mit der Irrenpflege in Tirol beschämend schlecht steht. Wir halten uns für verpflichtet, nochmals öffentlich darauf hinzuweisen, dass beide Irrenanstalten des Landes überfüllt sind und dass sich in Folge dessen der Aufnahme der Anstaltsbehandlung dringend bedürftiger Geisteskranker in diese Anstalten immerwährend die grössten Schwierigkeiten entgegenstellen.

Ruhige und unruhige, reine und unreine, frische und veraltete Fälle sind in der Irrenanstalt in Hall, die unter den Anstalten Oesterreichs und Deutschlands weitaus die rückständigste ist, untereinander untergebracht.

Von einer den unbedingten Erfordernissen der Irrenbehandlung Rechnung tragenden Trennung der Kranken kann wegen Raummangels und der ungünstigen Anlage der Anstalt keine Rede sein. Auf mehreren Abtheilungen sind keine Ventilationseinrichtungen vorhanden. In die Krankenräume dringt Abortluft, das Aussehen der Räume erinnert an Gefängnisse schlimmster Sorte, wie man sie hierzulande übrigens auch häufig genug antrifft. Die Abortanlagen der Anstalt sind wahre Beispiele von Unzweckmässigkeit und Unreinlichkeit.

In der Anstalt, die für höchstens 250 Kranke Raum hat, schwankt der Krankenstand um die Ziffer 360. Die für die Heilung der Kranken nach modernen Grundsätzen so unentbehrliche Bettbehandlung, sowie die Behandlung mit Dauerbädern ist wegen Raummangels und mangels an dem hiezu nothwendigen Wärterpersonale undurchführbar, eine Wachabtheilung ist nicht vorhanden, die erforderliche Krankenbeobachtung kann nicht stattfinden, das Bad auf der Männerabtheilung befindet sich in einem nahezu unbenützbaren Zustande. Wegen Mangels an Räumen können Werkstätten zur Beschäftigung der Kranken nicht hergestellt werden, dieselben können nur mit Feldarbeit beschäftigt werden.

Die Bezahlung des Wartepersonales ist elend, besser qualificirte Wärter sind daher fast garnicht zu bekommen.

Es ist einleuchtend — und dies giebt uns die Berechtigung, das Loos vieler in der Anstalt Aufgenommener als ein verzweiflungsvoll entsetzliches zu bezeichnen —, dass bei derart traurigen, der rationellen Irrenpflege hohnsprechenden Zuständen von einer eigentlichen Heilthätigkeit in der Anstalt keine Rede sein kann, sondern im Gegentheile die der Anstalt anvertrauten Kranken sogar in ihrer körperlichen Gesundheit gefährdet werden. Wie soll unter solchen Umständen den heilbaren Kranken die erforderliche Ruhe geschaffen werden, wie sollen Schädlichkeiten von ihnen abgehalten werden, die Ursachen ihrer Krankheit ermittelt und wirkungsvoll beseitigt werden, wenn die allernothwendigsten Voraussetzungen für ein derartiges wahrhaft segensreiches Wirken vollständig mangeln?

Man muss mit voller Resignation zu dem Schlusse kommen, dass die Heilaussichten in der Anstalt gleich Null sind. Vielleicht ist auch dies noch zu wenig gesagt für diejenigen Maassgebenden, die sich allen wohlgemeinten, tief empfundenen Vorstellungen so ruhig und doch so verantwortungsvoll verschliessen und gleichgiltig zusehen, wie die Anstalt nicht eine Stätte des Trostes und der Heilung, sondern ein Haus der Qual und der Verzweiflung ist.

Mit der Irrenpflege ausserhalb der Irrenanstalt sieht es nicht besser aus. Von verlässlicher Seite ist uns mitgetheilt worden, dass auch hinsichtlich der Unterbringung Geisteskranker in Versorgungshäusern und Landspitälern geradezu grauenvolle Zustände herrschen. Häufig kommt es vor, dass Geisteskranke in derartigen Anstalten im Keller oder in kellerartigen, winzigen, finstern, feuchten und nicht heizbaren Räumen, die sich entweder gar nicht lüften lassen, oder die selbst im Winter nicht einmal gegen das Eindringen von Kälte und Schnee geschützt sind, gehalten werden. In unmittelbarer Nähe von Innsbruck, unter den Augen der Bezirksbehörde kommen solche Dinge vor. Wer hat es nicht schon gesehen, in welchem schlechten Zustande sich die Gemeindearmenhäuser gewöhnlich befinden, wie wenig für Ordnung und Reinlichkeit, geschweige denn Behaglichkeit der Pfründner und Bresthaften gesorgt ist, wie häufig aber auch in dieser Beziehung die gröbsten Unterlassungen vorkommen, wie Trunkenbolde die Anstaltsruhe stören, wie arme Kinder, die in solcher Stätte des Jammers auch aufgenommen werden, zu Zuschauern des Anblickes all dieses Elends und der Widerlichkeiten gemacht werden. Selbst der ruhigste und unvoreingenommenste Beobachter all dieser Missstände der Armenversorgung muss zu dem Urtheile kommen: „Wehe dem Elenden, der der Armenversorgung der Gemeinden anheimfällt". In verborgenen Winkeln der Armenhäuser, wo man kaum das Vorhandensein eines Stalles vermuthen würde, findet man dann noch schliesslich die Unterkunft eines Geisteskranken, dessen Zustand der Verwahrlosung jeder Beschreibung spottet. In Telfes, Matrei, Wattens und Welschhofen sind allein vor nicht langer Zeit in unmittelbarer Aufeinanderfolge solche Zustände aufgedeckt worden.

Wird die elende Unterkunft solcher bedauernswerther Geschöpfe, in dem sie vor Schmutz, Gestank und Mangel jeder Pflege vergehen, nicht zufällig durch eine Controlle von auswärts aufgedeckt, so denkt niemand an die Beseitigung solcher Zustände, sondern denjenigen, welchen unmittelbar die Sorge für das Wohl solcher Kranken obliegt, bleibt nichts anderes übrig, als nur dafür zu sorgen, dass Störungen der Umgebung verhütet werden, weiter reicht ihre Fürsorge nicht. Der schwere Vorwurf der Vernachlässigung der Pflege trifft in solchem Falle nicht so sehr die mit der unmittelbaren Pflege Betrauten, denn sie kommen thatsächlich bei dem Mangel jeglicher Unterstützung von maassgebender Seite zu der Ueber-

zeugung, all das müsse so sein und könne nicht anders sein.

Ganz nahe von Innsbruck ist es vorgekommen, dass wegen Raummangels in einer Anstalt, die zum Aufenthalte unheilbarer, aus der Landesirrenanstalt entlassener Geisteskranker bestimmt ist, mehrere Geisteskranke in den Räumen einer Ferien-Colonie für Knaben, mitten unter diesen untergebracht wurden.

Nicht um vieles besser steht es mit der Irrenpflege in Südtirol. Auch dort ist es wegen der steten Ueberfüllung der Landesirrenanstalt in Pergine gebräuchlich, unheilbare Geisteskranke in ungeeigneten Landspitälern unterzubringen, wo für Verpflegung und Wartung der Kranken nicht annähernd entsprechend gesorgt ist. Eine derartige Anstalt ist das Krankenhaus in Ala. Die Räume für die Geisteskranken sind daselbst überfüllt, es fehlt an der entsprechenden Ueberwachung, nicht einmal ein Garten ist vorhanden, in den die bedauernswerthen Kranken im heissen Sommer zum Aufenthalt ins Freie gebracht werden könnten. Im Spitale zu Transacqua kam es vor, dass Geisteskranke, die in mangelhaft gelüfteten und unreinen Räumen untergebracht waren, eines geeigneten Wärterpersonals vollständig entbehrten.

Nochmals ergeht unter Vorbringung solcher Thatsachen an Alle jene, die in die Lage kommen können, Einfluss auf die Beseitigung der geschilderten Zustände zu nehmen, der dringende Ruf, sich dafür einzusetzen, dass eine gründliche Besserung des Irrenwesens im Lande herbeigeführt werde und nicht mit jenen, die bisher dringende Mahnungen unberücksichtigt gelassen haben, den Vorwurf über sich ergehen zu lassen, gegenüber solchen Zuständen einen Gleichmuth bewahrt zu haben, der Allen, die das Herz auf dem rechten Flecke haben, als Gefühllosigkeit erscheinen muss.

Möge es gelingen, die Aufmerksamkeit der Behörde, welcher die Aufsicht über die Irrenfürsorge obliegt, zu erregen und so endlich die Widerstände an jener Stelle zu überwinden, der die Behebung dieser mittelalterlichen Zustände gesetzlich obliegt.

Referate.

— Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Von P. J. Möbius. 4. Aufl. Halle a. S. Carl Marhold. 1902.

Die Abhandlung hat in kurzer Zeit ihre vierte Auflage erreicht, noch mehrere Auflagen werden dieser folgen. Es ist dies ein erfreulicher Beweis dafür, dass sich in unserer Zeit weite Kreise für mitten aus dem Leben gegriffene psychologische Themata interessiren.

Ich habe in dieser Wochenschrift die erste Auflage ausführlich besprochen und habe mich seitdem bei allen passenden Gelegenheiten bemüht, die Behauptungen des Herrn Verfassers im Einzelfall zu prüfen. Und auch beim Durchlesen dieser vierten Auflage habe ich gesucht Missverständnisse zu vermeiden. Niemand wird bestreiten, dass vielfach Unterschiede zwischen den Anlagen bezw. Leistungen beider Geschlechter bestehen. Der Vergleich fällt aber nicht durchweg zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts aus. Viele Bemerkungen in dem vorliegenden Buche sind zu scharf, die Schilderungen betreffs der weiblichen Gefühle und Bethätigungen auf ethischem und moralischem Gebiet sind mehrfach nicht richtig. Den meisten Widerspruch erweckt der Ausdruck: „physiologischer Schwachsinn des Weibes", denn der frühzeitige geistige Verfall z. B. nach Wochenbetten oder im Klimakterium gehört nicht zum durchschnittlichen Entwicklungsgang der Frauen. Sind die von Möbius geschilderten Veränderungen in diesem und jenem Falle eingetreten, so sind sie Folgen abnormer äusserer oder innerer Verhältnisse. Es handelt sich dann um psychische Krankheit, um pathologische Processe im Gehirn. Würde der Herr Verfasser mehr berücksichtigen, dass psychische Krankheiten in ihren leichten Formen recht oft verkannt werden, was er doch an anderer Stelle selbst hervorgehoben hat, würde er unbefangener, weniger pessimistisch Umschau halten unter den gesunden, feinsinnigen Frauen und den klugen Töchtern des Landes, er würde sich von manchen Autosuggestionen frei machen, die seine Feder bei diesem Büchlein geführt haben.

Ein alter Grieche hat einmal erklärt, das vollständige menschliche Individuum bestehe aus 2 Hälften, der männlichen und der weiblichen. Diese Hälften kommen getrennt zur Welt; sind sie reif, so suchen sie sich. Haben sich die zu einander gehörigen Hälften gefunden, so stellen sie erst ein Ganzes dar. Bleiben wir doch als Vertreter der einen Hälfte gerecht gegen die Repräsentanten der erfreulicherweise vielfach anders gearteten Hälfte! Suchen wir — jeder an seinem Theile — dahin zu wirken, dass die Schwierigkeiten geringer werden, die sich der Vereinigung für einander bestimmter Hälften in Folge ungünstiger socialer Verhältnisse so oft entgegenstellen. Dann werden unseren Mädchen und Frauen weniger Wunden geschlagen werden im Kampf um's Dasein. Dann werden viele schwere und auch gar manche leichte Krankheiten seltener werden!

G. Ilberg (Grossschweidnitz).

Zur Denkschrift über die „Badische Irrenfürsorge."

Die Verfasser der Denkschrift über die Badische Irrenfürsorge haben gegenüber der Besprechung Gaupp's*) darauf hingewiesen, dass er die Verhältnisse nicht „aus eigenem Erleben" kenne**). Dieser Einwand veranlasst mich zu der Erklärung, dass die Darstellung Gaupp's den wirklichen Hergang der Dinge vollkommen zutreffend wiedergegeben hat. Die aktenmässigen Belege dafür sind in meinen Händen. Ein nochmaliges Eingehen auf die jüngsten Ausführungen der „Verfasser" erscheint demnach völlig zwecklos.

Heidelberg, 23. VI. 1902. E. Kraepelin.

*) Centralblatt f. Nervenheilkunde 1902, 147, S. 230.

**) Diese Wochenschrift 1902, 9, S. 104.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 14. 5. Juli. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der chirurgische Pavillon der öffentlichen Irrenanstalten des Seinedepartement, im klinischen Styl.

Von *Lucien Picqué*, chirurgischer Referent der öffentlichen Irrenanstalten.

Der Pavillon, welcher am 9. April 1901 eröffnet wurde, unterscheidet sich von allen ähnlichen Einrichtungen dadurch, dass er einzig und allein für operative Chirurgie bestimmt und von den übrigen Krankenstationen gänzlich getrennt ist. Diese völlige Trennung, die sich sonst nicht in unsern Krankenhäusern findet, bietet aber derartige thatsächliche Vortheile, dass man nicht nachdrücklich genug darauf bestehen kann.

Man vermeidet durch eine derartige Trennung die Gelegenheit zur Infection durch die Kranken und ihre Familien, durch Wärter, die nur zu häufig und trotz aller Abmahnungen von ihrem Krankendienst zu Operationen kommen. Der Kranke wird auf einer Tragbahre überführt und in derselben Weise nach seiner früheren Station zurückgebracht, um dort seine Reconvalescenz durchzumachen. Während des ganzen Aufenthalts im Pavillon, der immer kurz sein soll, bleibt er zu Bett. Unter diesen Umständen ist die Infectionsgefahr eine äusserst geringe.

Der Dienst des Personals in dem Operationspavillon ist einzig darauf beschränkt und genau vorgeschrieben. Es beschäftigt sich nur mit Operationen und der Wachbehandlung.

Indessen springen die Vortheile eines gesonderten Operationspavillons hauptsächlich in Rücksicht auf die Art der allgemeinen Construction, der Vertheilung des Dienstes, dessen Anordnung und den dabei wichtigen Gesichtspunkten ins Auge.

Allgemein gesagt muss in einem Krankenhauspavillon alles von dem Gesichtspunkt eines längeren Aufenthaltes des Kranken und in Rücksichtnahme auf sein Wohlbefinden, auf das er während dieser Zeit Anspruch zu erheben berechtigt ist, eingerichtet sein. Am meisten Platz ist den Krankensälen zugedacht. Ausserdem muss man auf die Anlage von

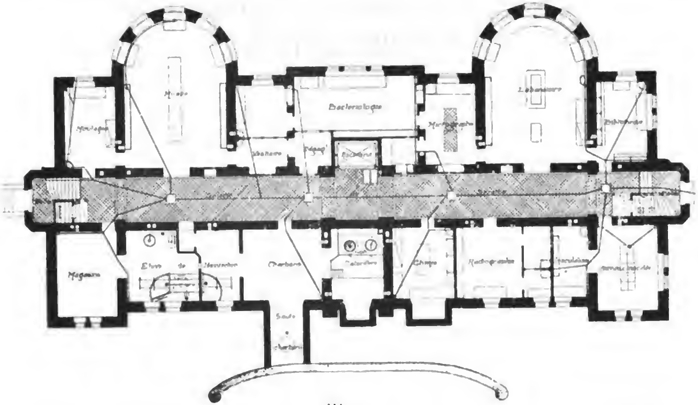


Abb. 1.

Wandelgängen, Ruhesälen, Aborten Bedacht nehmen. Der allgemeine Krankendienst beansprucht dabei auch viel Raum. Unter diesen Verhältnissen wird die Ausübung der operativen Chirurgie immer zu kurz kommen. Man lässt sich dazu verführen, mehr oder weniger zu kleine oder schlecht gelegene Operationssäle einzurichten. Von einem meiner Collegen habe ich gehört, dass der Architect vor 20 Jahren im Hospital Richat den Operationssaal vergessen hatte. Erst später ist er auf Antrag hier gebaut worden.

Die Nebenräume der Operationssäle sind bisweilen ungenügend: in einigen Krankenhäusern, an denen ich gewesen bin, fehlen sie vollständig — im Hospital Richat, welches während 20 Jahren für eine Muster-

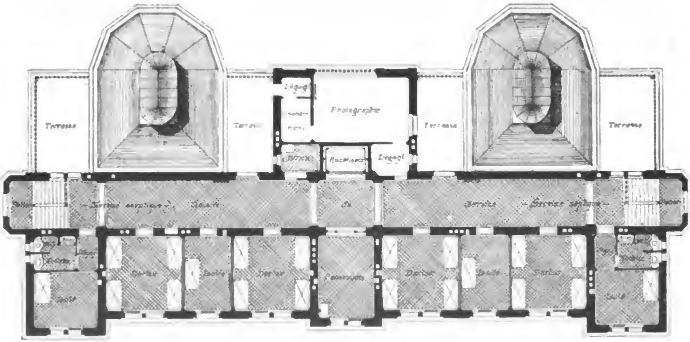


Abb. 2.

anstalt gegolten hat, sind sie zu eng und unbedingt zu weit vom Operationssaal entfernt gelegen. Sie befinden sich in einem anderen Stockwerk und in Räumen, die der Apotheke unterstehen. In einem ganz neuen Hospital hatte sie der Architect vergessen und mehr als einmal hat man von der Anlage eines Laboratoriums abgesehen, um an dessen Stelle Schwitzbäder u. dergl. einzurichten. Nichts destoweniger muss man aber hervorheben, dass unsere Collegen sich trotz dessen Einrichtungen zu beschaffen gewusst haben, die ihnen die Ausübung einer aseptischen Chirurgie mit Sicherheit gestatteten. Aber wenn man nach dieser Richtung hin auch zu befriedigenden Resultaten gekommen ist, so dürfte das für die Ausübung von septischen Operationen nicht der Fall sein. Um nur das Hospital Richat anzuführen, so muss der Chirurg dort in einem Verbandzimmer operiren. Die Nebenräume fehlen in diesem Krankenhause vollständig.

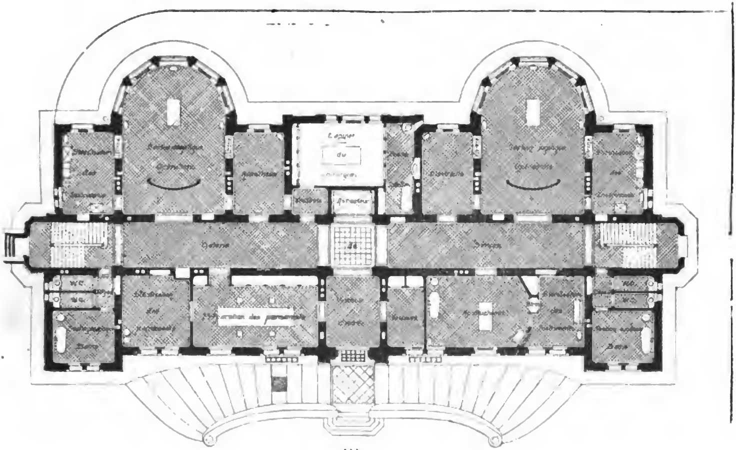


Abb. 3.

Das waren die — oft entschuldbaren — Mängel, die man an den Krankenhäusern zu erheben hätte, die in erster Linie für die Kranken gebaut werden und nicht zu dem Zwecke, um dort Operationen vorzunehmen.

In völligem Gegensatz hierzu liegen die Bedingungen für einen Operationspavillon vollkommen anders. Alles muss dort für einen chirurgischen Eingriff eingerichtet sein. Der Operationssaal, der dabei die Hauptsache ist, muss geräumig und gut gelegen sein, seine Nebenräume von geeigneter Grösse, dabei bequem vertheilt und zweckmässig gruppirt. Das Wohl des Kranken, der während seines ganzen Aufenthaltes im Pavillon zu Bett liegen muss, hängt in hohem Grade von den aseptischen Massnahmen ab, die man gegen die Infektion im Verlauf der Operationen, in den darauf folgenden Verbänden, gegen die Infection der Bettwäsche durch andere Kranke und umgekehrt gegen die Infection des Kranken durch schlechte desinficirte Bettwäsche trifft.

Die Krankenzimmer sind nichts weiter als ein Anhängsel des Operationssaales anstatt dass sie den Hauptheil des Baues einnehmen. Das sind die Bedingungen, welche bei dem chirurgischen Pavillon des klinischen Asyls ihre Verwirklichung gefunden haben.

Aber noch mehr, es ist je eine Station für septische und aseptische Fälle eingerichtet, die, beide gleich wichtig, völlig von einander getrennt sind. Man muss den septischen Kranken dieselben Vortheile bieten können wie den aseptischen, eine doppelte Einrichtung

ist daher, wie ich es oben auseinander gesetzt habe, in jedem chirurgischen Krankenhause nothwendig, hier, in diesem Pavillon, wie der unsrige ist, trat diese Nothwendigkeit in die erste Reihe. Während man zur Aufnahme in die Isolirpavillons unserer Hospitäler nur aseptische Kranke zulässt, müssen wir im Gegensatz beide Arten, inficirte und nicht inficirte Kranke aufnehmen.

Das war die zweite Bedingung, die wir zu erfüllen hatten, sie hat uns natürlich auf das Lebhafteste beschäftigt, denn es musste auf jeden Fall eine Ansteckung der zweiten Gruppe durch die erste vermieden werden und, um nach dieser Richtung hin die grösstmögliche Sicherheit zu haben, waren wir genöthigt, unseren Eintheilungen einen luxuriösen Anschein zu geben, indessen war diese Massnahme, welche unseren

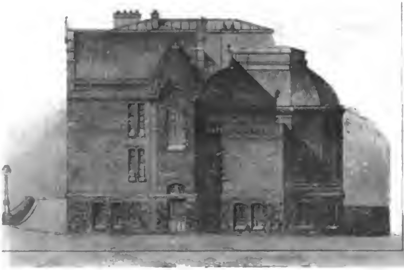


Abb. 4.

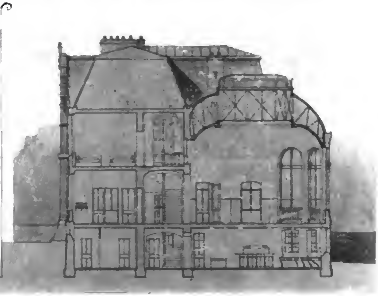


Abb. 4 a.

Pavillon von allen ähnlichen Einrichtungen unterscheidet, auf das Strengste geboten. Man hätte, wenn man es genau nimmt, 2 getrennte oder nur einfach neben einander gestellte Pavillons bauen müssen. Es schien mir aber wirthschaftlicher, daneben auch wissenschaftlicher und auch der modernen Lehre von der chirurgischen Infection entsprechend in unserem Pavillon die Trennung zwischen beiden Arten von Kranken nicht durch eine solide Mauer herbeizuführen, sondern jeder Art ein besonderes Personal und besonderes Material anzuweisen. Daraus ergiebt sich als Folge die Zweckmässigkeit der Einrichtung von 2 Operationssälen mit getrennten Nebenräumen (Sterilisationszimmer für Wasser und Instrumente, Desinfectionsraum für Kranke und zur Vorbereitung von Operationen, gesonderte Zimmer für die Kranken beider Sorte, Verbandzimmer für aseptische Kranke, Desinfectionseinrichtung für die Wäsche und die Kleider der Kranken). Auf diese Weise findet man die Forderung erfüllt:

Keine Ansteckung der Kranken durch Verbandstücke, Instrumente, Wärter und die Wäsche, keine Infection der Wäsche durch Kranke. Wir sollten zugleich auch die Einrichtung einer kleinen Entbindungsanstalt im unteren Pavillon vorsehen für diejenigen Frauen, die — in übrigens wenig zahlreichen Fällen — im Asyl niederkommen, doch hätten wir damit keine Ursachen für eine Ansteckung schaffen können. Wir haben diese Frage dadurch gelöst, dass wir eine selbstständige Station, die im Pavillon völlig getrennt liegt und eigene Vorrichtungen für Wasser- und Instrumentesterilisation besitzt, geschaffen haben.

Seit einigen Jahren lässt es sich jeder Krankenhauschirurg angelegen sein, das Verbandmaterial, dessen er sich bedient, selbst zu sterilisiren, in diesem Falle glaubten wir aus Rücksichten der Sicherheit und Wirthschaftlichkeit auf diesen Vortheilen nicht bestehen zu dürfen.

Da eine beträchtliche Menge von Verbandzeug bei der Krankenbehandlung im Pavillon auch in allen Irrenanstalten des Departements verbraucht wird, war es nach unserer Ansicht unumgänglich nothwendig, in dem Pavillon einen richtigen Verbandzeugdienst einzurichten. Dazu gehört ein Raum, in dem das Verbandzeug geschnitten wird, sich besondere Vorrichtungen zum Entfetten des Catjuts und zum Reinigen der Seidenfäden befinden, ein Sterilisationszimmer und ein bacteriologisches Laboratorium zur wissenschaftlichen Controlle der sterilisirten Gegenstände.

Dieser Betrieb ist seit dem 8. Mai im Gange und

hat wirklich unerwartete Resultate zu Tage gefördert. Mit einem geringen Personal (2 Personen) hat man während der ersten Monate bei regelmässiger Arbeit wirklich ausserordentlichen Gewinn im Verhältniss zu den Handelspreisen erzielt und gleich beim ersten Einrichtungen für Verbandzeug. Im Souterrain (Abb. 1) befinden sich der Apparat zur Wäschesterilisation, das bacteriologische Laboratorium und die verschiedenen wissenschaftlichen Einrichtungen (für Radiographie, Histologie). Die erste Etage (Abb. 2) ist für



Abb. 5.

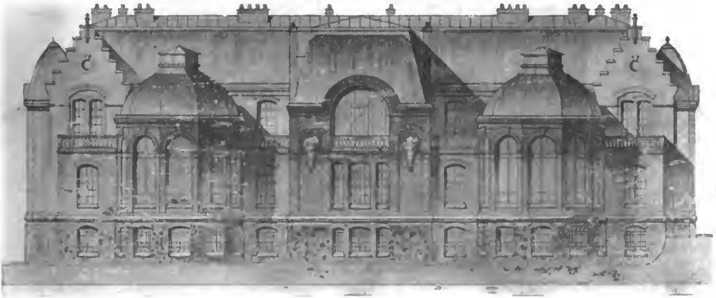


Abb. 6.

Male Producte erhalten, die sich bei der Prüfung in Culturenbouillon andauernd als steril erwiesen haben.

Die verschiedenen Dienstzweige, wie ich sie eben angeführt habe, sollten in dem Pavillon auf eine regelmässige Methode vertheilt werden. Das Erdgeschoss (Abb. 3) umfasst die verschiedenen Arten des Operationsdienstes; die Entbindungsanstalt und die Kranke vorbehalten. Ein medianer und vertikaler Aufriss (4a) zeigt die beiden für septische und aseptische Kranke bestimmten Theile des Pavillons. Das Studium des beigefügten Planes wird besser als jede Beschreibung Aufschluss über die Anordnung und Vertheilung der beiden Dienstzweige geben.

Abb. 4, 5, 6 zeigen die Façaden des Pavillons.

Eine Irrenanstalt in der Levante.

Von Privatdocent Dr. *W. Weygandt* (Würzburg).

Anstaltsbeschreibungen haben in erster Linie dann besonderen Werth, wenn man aus ihnen etwas lernen kann, das sich auch für den Fall eines Neubaues oder einer Neueinrichtung einer Anstalt anwenden lässt. Immerhin ist es gelegentlich auch instructiv, eine Anstalt zu sehen, die den modernen Anforderungen nicht entspricht und aus der man gewissermaassen lernen kann, wie man es nicht machen soll. Schliesslich können manche Anstalten auch Einrichtungen darbieten, die bei uns nicht angebracht wären, aber unter den fremden Verhältnissen doch von einer gewissen Berechtigung sind. Letztere zwei Gesichtspunkte kommen in Betracht, wenn ich im Folgenden kurz die Eindrücke eines Anstaltsbesuchs einer mässig grossen Anstalt der asiatischen Türkei schildere.



Abb. 1.

Für eine Studienreise mit speciellem psychiatrischem Programm ist der Orient keineswegs einladend. Aber auch zu gelegentlichen Besuchen von Anstalten wird man bei einer Orientreise nicht leicht kommen wegen der mit dem Zutritt zu den Anstalten verbundenen Unbequemlichkeiten. Wo Europäer das Heft in Händen haben, ist es einfacher; so lässt sich die grosse Irrenanstalt bei Kairo oder die von einem französischen Arzt geleitete Irrenabtheilung in Tunis ohne Umstände besuchen. Unter unmittelbarer türkischer Herrschaft dagegen geht es nicht ohne Formalitäten ab; zu jedem Schritt in der Türkei ist ja der Teskere, der behördliche Erlaubnissschein erforderlich. In der grossen hauptstädtischen Anstalt zu Skutari wird deshalb auch der fachmännische Besucher von den Anstaltsärzten selbst höflich abgewiesen, wenn er nicht eine durch verwickelte Laufereien bei Stadtverwaltung und Pforte, womöglich erst nach Vermittelung durch seine Gesandtschaft oder das Konsulat, ausgestellte Bescheinigung vorweist. Für die meisten Fremden wird die Zeit indess zu kostbar sein, als dass sie sich diesen Umständen aussetzen, deren Erledigung bei dem türkischen Phlegma nur sehr stockend vor sich geht. Noch schwieriger, weil mit religiösen Rücksichten verbunden, ist der Zutritt zu den kleinen Irrenpflegestationen, welche nebst anderen Wohlfahrtseinrichtungen, wie Armenhäusern, Spitälern, Schulen in der Umgebung grosser Moscheen von deren Stiftern mit eingerichtet worden sind, so bei der bekannten Achmedmoschee in Konstantinopel. Einfacher gestaltete sich hingegen in dem zu M a n i s s a bei Smyrna gelegenen Provinzialirrenhaus (Timar hane oder Deli hane) ein Besuch, dessen Eindrücke ich in Kürze skizziren möchte.

Die Stadt ist das alte Magnesia am Berge Sipylos. Von Smyrna aus ist sie leicht zu erreichen (66 km) mit der französischen Levantebahn, die sich hier

theilt in die Linie nach Afunkara hissar und die nach Somah. Letztere ist die gewöhnliche Route nach Pergamon, das ja immer mehr zum Wanderziel deutscher Orientreisender wird. Auch für den Nichtfachmann bietet das schön am Bergesfuss gelegene Manissa mit seinen 60 000 Einwohnern soviel, dass sich ein kurzer Besuch lohnen würde.

Die Anstalt liegt im Bereich der Stadt. Nach einigen Verhandlungen öffnet der Pförtner. Durch einen Hof gelangen wir zum Bau der Männerabtheilung. Ein schweres Thor führt zur Vorhalle, die sich mit 3 säulengetragenen Bogen nach dem Hauptkrankenraum öffnet. Vorhalle und Krankenraum selbst leinene Unterhosen. Manche laufen barfuss, andere tragen leichte Pantoffeln. Es ist eine bunt gemischte Gesellschaft, mancherlei Nationalitäten sind vertreten, auch ein Neger ist darunter.

In der Mitte des Raumes steht ein achteckiges Wasserbassin, das von den Kranken nicht weiter beachtet wird. Nach unseren Begriffen wäre dieser kleine Weiher wegen der Suicidgefahr ganz unzulässig. Als ich nach Behandlung und Wartung fragte, setzte man mir unter Verdolmetschung durch 2 junge, etwas französisch sprechende Türken auseinander, dass nur Vormittags ein türkischer Arzt kurze Zeit die Anstalt besuche, des Tags über aber in der Regel nicht ein-



Abb. 2.

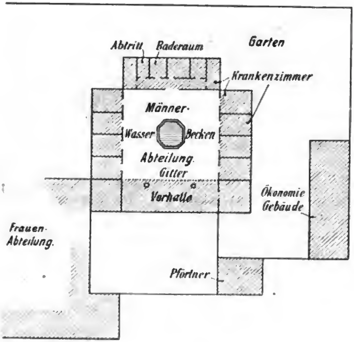


Abb. 3.

sind innen, wie Abbildung 1 zeigt, durch ein riesiges, ziemlich enges Gitter, das bis in die obere Bogenrundung hineinführt, streng getrennt. Das Ganze bekommt dadurch gradezu einen menagerieartigen Eindruck.

Der quadratische Hof hinter dem Gitter ist der eigentliche Krankenraum. Das südliche Klima erlaubt ja einen fast ständigen Aufenthalt im Freien. Etwa 20 Kranke stehen herum, meist an die Mauern gelehnt, andere kauern auf Teppichen und Matten an der Peripherie des Raumes. Die Patienten tragen, wie Abbildung 2 zeigt, als Kleidung grosse, weisse, recht schwere Kameelhaarmäntel mit weit abstehenden Schultern und einer Kapuze, dazu ein weisses Käppchen aus demselben Stoff. Im Uebrigen haben sie nur noch weissleinene Hemden, einige auch weite mal das Pflegepersonal das Innere des Krankenraums, jenen Käfig betrete. Die Bitte um Öffnung desselben wurde abgelehnt, ich müsste mir dazu erst von der Stadtverwaltung einen Erlaubnissschein holen.

An der dem Gitter gegenüberliegenden Wand führt ein kleineres Thor zu mehreren engen Räumlichkeiten, während an den Seitenwänden je 4 kleine Thüren in die Krankenschlafräume gehen. In dieser Centrirung um einen leicht zu überblickenden Tagraum ist eine gewisse Aehnlichkeit mit der Anordnung der Wachabtheilungen nach Alt-Scherbitzer System zu erkennen.

Der Rundgang um den Komplex der Männerabtheilung (vgl. die Planskizze, Figur 3) führt durch einen etwas verwahrlosten Garten, in dem ein langer Schuppen die Oekonomiegebäude markirt und für

Wirthschaftszwecke, Wäscherei, auch Hühnerzucht dient. Durch die vergitterten Fenster des Männerbaues kann man in die einzelnen Krankenzellen, die sich nach dem Mittelhof hin durch Thüren öffnen, hineinsehen. 4 bis 6 Kranke haben in jedem Raum Platz. Die Einrichtung ist höchst primitiv, sie beschränkt sich eben gewöhnlich auf einige Matratzen, ferner befindet sich in jedem Zimmer ein gitterumschlossener Ofen und von der Decke hängt eine Petroleumlampe herab. Nur hier und da sieht man eine eiserne Bettstelle. Die Kranken kauern, soweit sie sich nicht im Hof befinden, auf den Matratzen oder an den Fenstern herum. Die Kammern der dem Haupteingang gegenüberliegenden Flucht gehen nicht direkt in den Mittelhof, sondern erst durch einen Gang zu jenem Bogenthor. In einem der Zimmerchen findet sich ein Pumpbrunnen, es dient als Baderaum; öfter werden hier die Kranken gedoucht in der Weise, dass man sie anspritzt mit einem nassen Reiserbesen, der aus einem stark riechenden Strauch hergestellt ist. Ein primitiver Abtritt, ferner ein Kleiderraum sind noch besonders abgetrennt.

Die Reinlichkeit ist im grossen Ganzen leidlich, wenigstens für den, der im Orient schon unter normalen Verhältnissen seine europäischen Anforderungen etwas herabzuschrauben gelernt hat. Die Zimmerchen selbst, auch der Centralhof, sind nicht verunreinigt, ganz vereinzelt nur konstatirt man an einer Stelle einen üblen Geruch. Auch die paar Kleider der Kranken sind ziemlich gut im Stand, weder Fetzen noch Schmutzflecke sind mir aufgefallen. Ein Patient hatte sich Fingerringe aus Tuchstückchen gemacht, wie wir es bei unseren Manischen sehen.

Auffallen muss die grosse Ruhe, die in der ganzen Abtheilung herrscht. Wohl kommen einige Kranke heran und erbitten sich Cigaretten; einer schimpfte ein wenig, die meisten aber verbringen in anergetischem Blödsinn ihre Tage. Augenscheinlich drückt sich in diesem Verhalten das bekannte Phlegma der Orientalen aus. Ueber die Formen der Geistesstörungen war bei dem kurzen Besuch, der mangelhaften Führung und der Unmöglichkeit sprachlicher Verständigung — nur wenige Patienten sprachen ein paar Brocken griechisch — kein Urtheil zu gewinnen. Mit Ausnahme eines Kranken, der sehr hinfällig und völlig aphasisch war, sah ich keinen moribunden noch einen schwer erregten Fall. Wenn ein heftiger Erregungszustand und Gewaltthätigkeit ausbricht, so wird dagegen eingeschritten durch Fesselung und Beschwerung mit einer mächtigen Steinkugel von etwa $^1/_2$ Centner, die dem Erregten mit Ketten ans Bein gebunden wird. „C'est pour les très fous", sagten meine türkischen Begleiter.

Der Eintritt in die nebenanliegende Frauenabtheilung wurde, was man in Anbetracht der orientalischen Sitte im Voraus erwarten musste, streng verweigert; auch mit Bakschisch liess sich nicht dagegen ankämpfen. Nur im Vorübergehen nahm man wahr, dass es dort etwas lebhafter zuging und auch kräftig geschrieen wurde, vor allem rhythmisches Verbigeriren, wie bei unseren Katatonikern, war unverkennbar.

Etwa 30 Insassen zählt die Frauenabtheilung, während ungefähr 40 Männer verpflegt werden. Bei dem geringen Comfort, der besonders hinsichtlich der Schlafgelegenheit besteht, würde der Raum auch ohne Umstände die Hälfte mehr Insassen fassen können. Bodenmatratzen, die traurigen Wahrzeichen einer überfüllten Klinik, gehören dort ja zum regulären Mobiliar.

Es ist anzuerkennen, dass mit den einfachsten Mitteln hier für eine nicht auf unserer Kulturstufe stehende Bevölkerung Erträgliches geleistet wird. Vor allem ist eine gewisse Reinlichkeit nicht zu übersehen. Vor den Küchen- und Speisesaalfenstern einer italienischen Irrenklinik habe ich viel schlimmere Schmutz- und Kehrichtanhäufungen getroffen, als in jenem primitiven kleinasiatischen Pflegehaus. Allerdings wird dessen Reinhaltung auch erleichtert durch den Mangel an Mobiliar und vor allem durch den langen Aufenthalt der Kranken im Freien. Unsere Begriffe des No-restraint oder gar des Opendoor-Systems haben selbstverständlich hier noch keinen Eingang gefunden. Die Ruhe mag, wie angedeutet, mit dem phlegmatischen Temperament und der fatalistischen Lebensanschauung der Orientalen zusammenhängen.

Beachtenswerth ist die geringe Zahl der Insassen für einen recht grossen Bezirk. Es fällt allerdings der Alkohol als Krankheitsursache weg, aber der Hauptgrund des geringen Andrangs in die Anstalt liegt doch in der Weiträumigkeit der orientalischen Verhältnisse und der geringen Bevölkerungsdichtigkeit, die den einzelnen Irren seiner Umgebung weniger störend und anstaltsbedürftig werden lässt als bei uns, wozu ferner als überführungshindernd noch die Transportschwierigkeit hinzukommt. Vor allem die Minderzahl geisteskranker Frauen in der Anstalt ist durch das Frauenleben unter dem Islam leicht erklärlich, der die Frauen schon in der Norm so gut wie internirt hält.

Die geringe Zahl der Anstaltsplätze im Verhältniss zur Bevölkerungsmenge muss auch in Griechenland ins Auge fallen, das mit seinen 2 $^1/_2$ Millionen Einwohnern nur etwa den 6. Theil der Anstaltsplätze

wie die Stadt Berlin besitzt. Doch sei an dieser Stelle anerkannt, dass die neue Anstalt bei Athen, auf der Strasse nach Eleusis kurz vor dem Daphnikloster, den Anforderungen der modernen Psychiatrie fleissig nachzukommen strebt. Selbst eine Gummizelle hatte sie sich im übereifrigen Verfolgen einer allerdings bald wieder antiquirten Errungenschaft Westeuropa's seiner Zeit bauen lassen. In dem nächstens eröffneten Syngrîon, einem von dem Banquier Syngrós gestifteten Pavillon, besitzt sie eine gradezu mustergiltige Station; an Reinlichkeit und Verpflegung, täglich z. B. Fleisch, leistet sie jedenfalls mehr, als ihre Patienten von Hause aus gewöhnt sind. Landwirthschaftliche Beschäftigung wird angestrebt und von mechanischem Zwang ist nicht die Rede. Letztere Anschauungen sind den Türken noch völlig fremd, doch ist aus der vorliegenden Skizze zu entnehmen, dass sie von ihrem kulturellen Niveau aus auch in einer Provinzialstadt 2. Ranges ihren Geisteskranken entsprechende Unterkunft bieten.

Aphasie und Agraphie nach epileptischen Anfällen.

Von *Dr. Stadelmann.*
Aus Dr. Stadelmann's Klinik für Nervenkranke in Würzburg.

Die psychischen Störungen im Anschluss an einen epileptischen Anfall sind in ihrem Auftreten sehr verschieden je nach der Art der den Anfall bedingenden Reizeinwirkungen und der individuellen Anlage des Kranken. — Theilweiser oder ganzer Ausfall einzelner psychischer Erscheinungen sowie völlige Bewusstlosigkeit sind postepileptische Symptome. So beobachteten Ormerod, Knapp u. a. nach epileptischen Anfällen völlige Taubheit bei negativem Ohrenbefund; Russel, Bennett, Féré, Binswanger erwähnen die Anosmie und Ageusie; Jackson, Gall, Forbes-Winslow, Nasse, Hood, Bouillard, Ogle und insbesondere Pick haben postepileptische Aphasien beschrieben, die zum Theil mit Worttaubheit einhergingen. —

Petrina beobachtete motorische Aphasie mit Wortblindheit. — Als Ursache dieser Erscheinungen nimmt Bischoff als wahrscheinlich an, „dass es in epileptischen Anfällen sowohl zu diffusen, organischen und leicht reparabeln Läsionen als auch zu nur funktionellen Störungen in den Sprachcentren kommen kann"; dabei stützt sich Bischoff auf die Thatsache, dass man bei der Obduction Epileptischer häufig Herderkrankungen des Gehirnes findet, obwohl im Leben kein Symptom davon da war. Rasch vorübergehende postepileptische Aphasien bezeichnet Russel-Reynolds als Paralysen, die nur zufällig mit der Epilepsie zusammenfallen.

Todd, Robertson, Hughlings-Jackson nehmen an, dass diese transitorischen Paralysen auf einer nervösen Erschöpfung beruhen, die eine Folge der übermässigen Anstrengung während des Anfalles, der Entladung der Rindenzellen ist. Als Stütze für diese Annahme der Ermattung der nervösen Centren und der dadurch bedingten Sprachstörungen wird die Thatsache angegeben, dass der Patellarreflex einen Augenblick nach der Attake verschwindet, wie von Féré, Westphal, Gowers, Beevor berichtet wird.

Am eingehendsten hat Pick diese Frage behandelt, der in der postepileptischen Aphasie das Symptom einer Erschöpfung sieht, der eine Re-Evolution folgt in der Form eines „gesetzmässigen Abklingens der funktionellen Störung."

Eines Falles von schweren nervösen Erschöpfungszuständen nach epileptischen Anfällen möchte ich hier Erwähnung thun, unter denen eine Aphasie mit Worttaubheit und Echolalie ein sehr bemerkenswerthes Symptom ausmacht.

Ein 18jähriger Mann litt seit Jahren an häufig sich wiederholenden epileptischen Anfällen. Zumeist äusserte sich der Anfall in der Weise, dass einer vorausgegangenen Aura — Druckempfindung in der Magengegend und aufsteigendes Gefühl — der Muskelkrampf folgte, der den Kranken in eine hockende Stellung zwang „caput versus genua trahens." Der Anfall dauerte 1—5 Minuten, wiederholte sich mitunter einige Male hintereinander und trat mehrere Male täglich auf. Nach den Anfällen bestand jedesmal Sopor, aus dem der Kranke sich nur langsam erholte; bei öfter sich wiederholenden Anfällen kam Patient fast nicht aus diesem Stadium heraus. Amnesien folgten jedes Mal auf einen Anfall, auch auf eine einfache (oben erwähnte) Aura ohne Anfall. Der Kranke macht einen stupiden Eindruck; blödes Lächeln; Zunge stark belegt; Verdauungsstörungen.

Die angestellten Beobachtungen erstrecken sich auf 10 Tage; ich gebe den Verlauf dieser 10 Tage nach den hier interessirenden Einzelheiten aus der Krankengeschichte wieder.

Am 13. XI. hatte Patient um $^1/_2$ 3 Uhr nachmittags, $^1/_4$ 8 und 9 Uhr je einen Anfall, nach denen soporöser Schlaf sich einstellte.

Der folgende Tag brachte 2 Anfälle um $^3/_4$ 10 und $^1/_2$ 12 Uhr. Schmerzen in den Zehen und den Handgelenken. Druckempfindung auf der Stirne; abends Dämmerzustand. Nach den Anfällen hallucinierte der Kranke, er hörte seine Mutter vor dem Fenster sprechen.

15. Patient schläft sehr unruhig und wälzt sich, den Körper krampfhaft zusammenziehend, im Bett, ist bewusstlos. Am Morgen kommt Patient aus seinem Sopor; er hält den nachts bei ihm wachenden Wärter für seinen Bruder. Auf die Frage, was ist das? indem ich auf das vor ihm liegende Taschentuch deute, schweigt der Patient und schaut mich blöd an.

„Ist es eine Kravatte?"

„Kravatte" sagt er nach einigen Secunden eintönig nach; — Verlangsamung der Wortklangperception und Echolalie.

„Ist es ein Taschentuch"?

„Taschentuch" spricht er nach;

„Ist es ein Strumpf"?

„Strumpf" sagt Patient nach.

„Was ist es?"

Nach mehreren Sekunden: „Taschentuch."

Das Wort „Taschentuch" konnte Patient jetzt finden, nachdem kurz vorher das Klangbild dieses Wortes von ihm gehört wurde. Eine Tasse Cacao bezeichnet Patient auf Befragen als Butter. Nachdem der Kranke den Cacao getrunken hatte, giebt er, befragt, was er getrunken habe, wieder an: „Butter."

„In welcher Stadt bist du?"

„In Würzburg."

„In welchem Haus?"

Patient schaut auf die Decke des Zimmers und im Zimmer herum und schweigt.

„Wem gehört dieses Haus, in dem du bist?"

„Dem Herrn" sagt er und deutet auf mich.

„Wer bin ich?"

Keine Antwort.

Auf Vorsagen sagt er „Doctor" nach.

„Bin ich der Herr Pfarrer?"

„Pfarrer."

„Bin ich der Herr Doctor?"

„Doctor."

Während einer Pause spricht der Kranke viel für sich, er erzählt von seiner Familie.

Man zeigt dem Patienten Milch in einer Tasse und fragt ihn: „Was ist das?"

Patient schweigt.

„Das musst du trinken."

„Musst du trinken," spricht er nach.

„Ist es Kaffee?"

„Nein."

Er versucht davon.

„Das ist Bier."

„Das ist Bier" spricht der Kranke nach.

Ich halte einen Bleistift vor und frage:

„Was ist das?"

„Da schreibt man mit."

Das Wort „Bleistift" findet er nicht. Bei anderen Gegenständen verhält sich Patient ebenso.

Ich halte Bleistift und Federhalter vor. Auf den Bleistift deutend:

„Ist das ein Bleistift?"

„Bleistift."

Auf die Feder deutend:

„Ist das eine Feder?"

Keine Antwort.

Wenn ich Bleistift und Federhalter vorhalte, kann Patient auf Aufforderung hin dieselben nicht richtig auseinanderhalten; er ist ärgerlich darüber, dass er „das Zeug nicht weiss"; er deutet auf andere Gegenstände und sagt: „das weiss ich auch nicht."

Nachmittags $^1/_4$ 3 Uhr der erste Anfall dieses Tages, der leichter war als die gestrigen. Nach dem Anfalle ist Patient etwas erregt, deutet auf die Thüre und die verschiedensten Gegenstände im Zimmer, fragt seine Umgebung, was das sei, er habe es früher gewusst, jetzt wisse er es nicht mehr. Wird ihm die richtige Antwort zu theil, so vergisst er dieselbe gleich wieder und fragt von neuem. Auf sein Bett deutend, erkundigt er sich, wie das heisse; man sagt ihm: „worin man schläft."

„Jetzt weiss ich es, im Bett."

Patient sieht eine Taschenuhr und fragt:

„Ist das ein Licht?"

Den Ofen beschaut er und fragt:

„Ist das ein Acker?"

„Ich bin so unten her" sagt der Kranke tagsüber oft; er ist nicht orientirt über die wirkliche Lage seines Körpers, er hat eine falsche Vorstellung seiner Körperlage im Raume. Auch fehlt ihm die Orientiertheit in der Zeit; als er hörte, dass es Abend sei, sagte er: „Ach Gott, es war doch erst Morgen."

Heute nachmittags wiederhole ich eine Frage, welche ich schon vormittags gestellt hatte:

„Wer bin ich?"

„Der liebe Gott."

Als man ihm sagte, der Herr Doctor ist es, wiederholte er:

„Der Herr Doctor."

Abends leichter Anfall.

16. Nachts im Halbschlafe krampfhaftes Herumwälzen im Bett. Beim Erwachen morgens constatirt Patient, dass es regnet. Morgens leichter Anfall. Patient erinnert sich nicht daran, dass er gestern abends im Bad war. Eine Stunde nach dem Anfalle besuche ich den Kranken, der mich heute nicht erkennt, obwohl er sich vorher mehrere Male erkundigt hatte, ob ich nicht bald zu ihm komme. Ich examinire ihn wieder:

„In welchem Monate leben wir?"

„Donnerstag."

Der Kranke spricht das ganze Vaterunser ex memoria vor; ebenso die Zahlenreihe von 1—30. Kleine Rechenexempel löst er gut.

Es wird ihm ein Schirm gezeigt.

„Was ist das?"

„Das macht man auf, wenn der Wind geht."

„Ist es ein Stiefel?"

„Stiefel; Licht."

„Ist es ein Regenschirm?"

„Ja, ja, ein Regenschirm, den macht man auf, wenn es regnet."

„Ist es ein Stuhl?"

„Schirm, Schirm!"

Ein Stück weisses Papier bezeichnet er als Wasser; Schirm verwechselt er wieder mit Licht, vielleicht spielt hier bei der Paraphasie der gleiche Vokal eine Rolle, der ihm für Papier Wasser sagen lässt und für Schirm Licht. Man hält ihm Blumen vor und fragt ihn:

„Was ist das?"

„Schöne . . . Strumpf."

Man fragt ihn:

„Sind es Trauben? Fische? Aepfel? Blumen?"

Sofort fällt er ein:

„Blumen, schöne Blumen."

Nach $^1/_4$ Stunde hält man dem Kranken nochmals die gleichen Blumen vor mit der Frage:

„Was ist das?"

„Das ist ein Strumpf."

Das spontane Singen und Pfeifen ist sehr gut. Der Kranke singt viele Volkslieder nach Melodie und Inhalt richtig.

17. Nachts ruhiger Schlaf. Morgens 7 Uhr Anfall; $^1/_4$ 12 mittags Anfall. Tagsüber viel Müdigkeit. Wörter, die Patient in den vergangenen Tagen öfter gehört hat, sind ihm heute geläufig zur richtigen Bezeichnung von Gegenständen.

Wenn ich einen Gegenstand, z. B. einen Knopf, zeige und frage, was ist das? Ist noch so etwas im Zimmer?, so kann der Kranke das Wort Knopf nicht aussprechen, deutet jedoch genau und rasch nach anderen vorhandenen Knöpfen. Ich zeige einen Löffel und frage:

„Was ist das?" er bezeichnet es als Brot; die Function des Löffels kennt er; unter vorgeschriebenen Wörtern findet er richtig das Wort „Löffel" heraus, spricht aber „Böffel" aus, so dass er zweifelt, ob das von ihm richtig als „Löffel bezeichnete" Wort wirklich das richtige ist; schliesslich erkennt er es deutlich als richtig.

Wird ein Gegenstand vorgehalten, so kann er das denselben bezeichnende Wort unter mehreren vorgeschriebenen Wörtern angeben.

18. Unruhige Nacht. 11 Uhr vormittags Anfall von 1 Minute Dauer.

19. $^3/_4$ 5 Uhr morgens Anfall, der schwer war und 10 Minuten anhielt; darnach Sopor. $^1/_2$ 12 Anfall von einer Minute Dauer. Einzelne Buchstaben giebt Patient richtig an; wird er aufgefordert, unter mehreren Buchstaben einen bestimmten zu bezeichnen, so braucht er sehr lange Zeit dazu, erkennt aber die ihm angegebenen Buchstaben richtig.

Aufgefordert das Wort „Messer" zu schreiben, macht er den Buchstaben M nur zu 2 Drittheilen; soll er gleich darauf das Wort „Löffel" schreiben, so beginnt er wieder mit dem ersten Zug des M und fährt dann weiter „lebel" zu schreiben, dann „Bebel". Er liest auch das von ihm geschriebene Wort Bebel, das Löffel heissen sollte, als Bebel und buchstabiert auch Bebel. Schreibe ich ihm: „Löffel" vor, so erkennt er es als „Löffel". Abschreiben von Gedrucktem sowie Geschriebenem bringt Patient sehr gut zustande.

20. 8 Uhr 1 Anfall von 1 $^1/_2$ Minuten Dauer.

Vormittags: Ich zeige einen Schlüssel.

„Was ist das?"

Patient schaut sofort auf das Thürschloss und dann wieder auf den Schlüssel abwechselnd.

„Aufschliessen, Schlosser" sagt er; nach längerem Betrachten und Befühlen sagt er:

„Schlüssel".

Eine ihm vorgehaltene und von ihm befühlte Scheere bezeichnet er als „Schlüssel, Aufschliesser".

2 Uhr Nachmittags Anfall von 1 Minute Dauer, Abends 1,25 gr. Bromsalz.

21. Morgens 8 Uhr 1 Anfall von 1 Minute Dauer. 3 gr. Bromsalz. Prüfung mit Farbentäfelchen, die nach einander vorgelegt werden:

Roth wird bezeichnet als roth,
dunkelgrün — gelb (nach längerem, wiederholten Fragen) — grün,
blau — schwarz,
gelb — (nach langer Zeit) weiss,
hellgrün — (da keine Antwort erfolgt, wird vorgesprochen: blau) — blau;

auf vorsagen „grün", antwortet er „grün"; auf die Frage: „ist es wirklich grün?" entgegnet er: „nein, es ist roth", schüttelt aber dabei mit dem Kopfe.

Es werden alle 5 Farbentäfelchen vorgelegt. Er giebt auf Verlangen roth sofort, ebenso blau und hellgrün, beim Verlangen gelb greift er sofort nach dunkelgrün, was er auch bei dem vorigen Farbenversuch als gelb bezeichnet hatte; gelb bleibt übrig, er weiss nicht zu sagen, was es ist.

Ich lege Bildchen vor:

Apfel — er sagt Apfel,

Kamm — „ich weiss das Zeug alles nimmer"; er deutet es jedoch an, indem er mit gespreizten Fingern durch die Haare streicht.

Uhr — (nach 1 Minute) Uhr, aber keine richtige.

Vogel (Rothkehlchen) — er deutet in den Garten nach den Bäumen; ich sage „Fuchs"; „nein" erwidert er; ich frage wieder, was es sei, er antwortet „Fuchs".

Goldfisch — ich sage ihm vor „Katze"; „nein es ist im Wasser, aber ich weiss nicht, wie es heisst"; ich: „es ist ein Fisch". „Fisch, Fisch"; er bleibt dabei, es ist ein Fisch.

Hahn — „das ist aber kein richtiger; der kann nicht schreien, der ist nur darauf gemacht"; ich: „es ist ein Storch", er: „Storch"; ich: „es ist ein Hahn, ein Göcker"; er: „ein Göckerlahn"; er entscheidet sich schliesslich für den „Göcker".

3 Tannenbäume — er schaut gleich zum Garten hinaus und deutet mit dem Finger: „da draussen stehen sie"; ich: „ein Apfelbaum"; er: „ein Baum, kein Apfelbaum, ein anderer Baum, es sind 3 Apfel, es sind 3 Bäume."

Nachmittags 1 Anfall von $^1/_2$ Minute Dauer. Abends 3 gr. Bromsalz.

22. Ziemlich ruhige Nacht; unverständliches Sprechen im Schlafe.

Farbenprüfung:

Blau — er besinnt sich lange: „weiss, bald schwarz"; die Bettdecke erkennt er als weiss.
Roth — roth, er ist jedoch seiner Sache nicht sicher.
Gelb — er schweigt.
Dunkelgrün — „das ist doch nicht gelb"; ich: „grün". er nickt und sagt: „so habe ich sagen wollen"; nach 1 Minute wieder gefragt: „welche Farbe ist es?" sagt er: „gelb".
„Gieb mir die blaue Farbe" — er giebt dunkelgrün, die rothe — roth,
hellgrün — hellgrün,
gelbe — dunkelgrün; später die gelbe,
blaue — blau; zieht jedoch das Farbentäfelchen wieder zurück und giebt hellgrün.

Ich halte das Bildchen vor, das einen Fisch darstellt: „die sind im Wasser."
Hahn — „solche haben die Leut"; ich: „Es ist ein Storch"; er: „Storch"; ich: „ein Göcker"; er bleibt bei dem Worte „Göcker".

Werden Bildchen als Duplikate vorgelegt, so legt er rasch und richtig die gleichen zu einander.

Nach einer Aura ohne Anfall Vergessen der Bezeichnung der einzelnen Bildchen, die er vorher benannte „jetzt kenne ich das Zeug wieder nicht mehr."

Der Kranke liest langsam, jedoch korrekt einige Worte aus einem Buche vor; er buchstabiert dieselben korrekt und schreibt sie richtig, jedoch sehr langsam.

Nachmittags 2 Uhr 1 Anfall $^1/_2$ Minute lang.

23. $^3/_4$ 11 Uhr vormittags 1 Anfall 1 Minute lang; Schaum auf den Lippen.

Vor dem Anfalle zeige ich eine Uhr und frage: „was ist das?" Er weiss anfänglich nichts zu sagen; nach einiger Zeit: „wie viel Uhr?" in der stereotypen gewohnheitsmässigen Redensart findet er das Wort „Uhr". Einige Zeit nach dem Anfalle frage ich den Kranken: „Was ist das, das heult und pfeift und den Hut vom Kopfe reisst?" Patient schweigt. Ich blase; er sagt: „Wasser". Ich sage ihm „es ist der Wind". „Ja, wenn es heult und recht kalt ist und da geht ein rechter Wind", dabei imitiert er blasend den Wind.

Ich: „wenn man recht brav und fromm ist, kommt man in die Hölle!" Er: „nein, nein, nicht in die Hölle", er ist jedoch nicht im stande, das Wort „Himmel" zu finden. „Nein", fährt er fort, da kommt man doch hinauf zum lieben Gott."

Ich: „Wie heisst das?"

Er: „Man kommt in die Sonne."

Ich: „Wenn man recht böse ist, kommt man in den Himmel."

Er: „Da kommt man in die Hölle."

Nun wiederhole ich den Satz: „Wenn man recht brav und fromm ist, kommt man in die Hölle." Patient kann auch jetzt, obwohl er das Wort Himmel kurz vorher von mir gehört hat, dasselbe nicht aussprechen; er sagt: „man kommt zum lieben Gott; früher habe ich es gewusst, wie es heisst." —

Dieser epileptische Kranke hatte Sinnestäuschungen (Gehörshallucinationen, Gesichtsillusionen), war nicht orientiert in Raum und Zeit und hatte Vergessenheit nach seinen ziemlich häufig wiederkehrenden Anfällen; kaum hatte sich der Kranke von einem Erschöpfungszustande, der die Folge der Anfälle war, erholt, bekam er wieder einen neuen Anfall, der wieder neue Erschöpfungen brachte; so wurde Patient schwer besinnlich für Dinge sowohl, die in seiner Erinnerung weiter zurück lagen als auch für solche, mit welchen sich sein augenblickliches Gedächtniss zu beschäftigen hatte.

Die verschiedenen postepileptischen psychischen Störungen wechselten je nach dem Befinden.

Bei seiner Aphasie hatte Patient gleich nach seinem Anfalle anfänglich Sopor mit völligem Mutismus; hierauf Echolalie bei verlangsamter Wortklangperception ohne Wortverständniss; zuletzt Wortverständniss (Patient idendifiziert bei einem vorgesprochenen Worte dasselbe mit dem räumlichen Gegenstande), wenn auch der Kranke das einen Gegenstand bezeichnende Wort noch nicht spontan finden kann und paraphasisch spricht; die Wörter, welche Gegenstände bezeichnen, kann Patient spontan aussprechen, jedoch die Gegenstände selbst nicht in Beziehung bringen zu dem Begriff, der diesen Gegenständen entspricht, und kann sie nicht sprachlich mit dem sie deckenden Worte benennen.

Die Assoziationen der durch den augenblicklichen (optischen) Empfindungsreiz erzeugten Vorstellung zum begrifflichen Erinnerungsbild dieses (optischen) Eindruckes sind funktionell geschwächt. So fehlt die richtige Anwendungsweise der Wörter für Sinneseindrücke; erst unterstützt durch das Schriftbild oder das Klangbild (eine Geschmackserinnerung genügte nicht) oder auch durch das Nennen der einem Gegenstand zukommenden Funktion kann Patient mit Wortverständniss die Gegenstände richtig bezeichnen. Der Kranke ist sich in diesem letzten Stadium bewusst, dass er falsche Worte ausspricht, er wird sogar ärgerlich darüber und beklagt sich, weil er es doch früher gewusst habe; allerdings lässt sich der Kranke leicht wieder irre machen; seine Erinnerungsbilder haben noch nicht die Kraft, unrichtigen Einwänden in richtiger Weise gegenüberzutreten.

Die Re-Evolution (die Wiederherstellung der psychischen Funktion) nach dem epileptischen Sopor ging in regelmässiger sich lösender Weise vor sich, ähnlich wie in dem Falle, den Pick im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten ausführlich beschrieben hat.

Die Aphasie erstreckt sich auf Bezeichnung von Gegenständen, die Patient ihrer Funktion nach wohl kennt; diese Funktion kann er sprachlich bezeichnen, wie ihm auch einfache Redensarten geläufig sind, so-

wie das Hersagen von früher auswendig gelernten Liedern, die er auch melodisch singt und pfeift.

Die Benennung der vorgelegten Farbentäfelchen fällt fast bei jeder Prüfung negativ aus. Ob der Kranke vor Beginn seiner Krankheit die Fähigkeit besass, hierin richtig zu erkennen und benennen, ist mir nicht bekannt.

Das weiter hierüber angestellte Examen deutet jedoch darauf hin, dass die durch die Gehirnerschöpfung hervorgebrachte Aphasie (mit Worttaubheit und Echolalie) Ursache ist an der unrichtigen sprachlichen Bezeichnung der vorgelegten Farben.

Ganz ähnlich wie mit der Aphasie, verhält es sich bei diesem Kranken mit der Agraphie.

Der Kranke soll ein vorgesprochenes Wort schreiben, er schreibt, wie er auch spricht, langsam und schwerfällig; er beginnt mit dem ersten Buchstaben des Wortes richtig, macht ihn aber nur zu $^2/_3$ fertig, er zweifelt, ob er richtig geschrieben hat. Soll er gleich nach diesem ersten Worte ein zweites schreiben, dann fängt er wieder mit dem Zug an, mit dem er das erste Wort angefangen hatte; hierauf Paragraphie, die Patient als solche erkennt, wie das Lesen und Buchstabieren seines geschriebenen Wortes bekundet sowie die Beobachtung, dass er das vorgesprochene Wort, wie es geschrieben sein soll, unter verschiedenen vorgeschriebenen Wörtern richtig herausfindet; der Kranke sieht seinen paragraphischen Irrthum mit dem Ausdruck des Unwillens über diese Thatsache ein.

Das Abschreiben gelingt dem Kranken so gut, wie auch das Nachsprechen von Wörtern und Sätzen.

Diese partielle Aphasie und Agraphie, die der Patient infolge seiner epileptischen Anfälle darbot, beruhte aller Wahrscheinlichkeit nach auf Erschöpfungen der Rindenzellen.

Die Re-Evolution der psychischen Symptome spricht dafür, wenn dieselbe auch öfter nicht vollständig sein konnte wegen der Häufigkeit der Anfälle, die immer wieder neue psychische Erschöpfungszustände brachten und mit denselben die Amnesien. —

Im nachfolgenden Falle könnte man an organische Läsionen im Gehirn nach den epileptischen Anfällen denken, da die Schreibstörung noch 1 Jahr lang, nachdem gar keine epileptischen Anfälle mehr vorhanden waren, andauerte.

Die funktionellen Störungen der Gehirnzellen jedoch können bekanntermaassen sehr lange Zeit bestehen, indem aus der pathologischen Funktion eine Gewohnheit wird, und es wäre aus diesem Grunde keine Annahme für eine organische Gehirnläsion.

Ein 10jähriges Mädchen stammte von einem Vater, der mehrere Schlaganfälle hatte und nach denselben Sprachstörungen und Lähmungserscheinungen in den Extremitäten, und von einer Mutter, die in der Ehe mit dem Vater dieses Mädchens mehrere Male abortiert hatte und von den 5 am Leben gebliebenen Kindern ein völlig idiotisches zur Welt brachte, das im 7. Lebensjahre starb, und ein hochgradig nervöses Kind. Das Mädchen selbst hatte zur ersten Zahnzeit schwere Zahnkrämpfe durchzumachen; im 4. Lebensjahre traten vereinzelt epileptische Krämpfe auf, bis im 8. Lebensjahre die Krämpfe an Häufigkeit und Intensität immer mehr zunahmen. Schwere Erschöpfungszustände folgten den Anfällen; die Kranke konnte nicht mehr gehen, sie hatte eine schlaffe Lähmung der Extremitäten und war auch sprachmotorisch gelähmt. Sie verstand stets, wenn man zu ihr sprach, aber sie konnte nicht antworten; die Kniereflexe waren stark herabgesetzt. Dieser Zustand dauerte Monate lang. Die Anfälle sistierten. Dann erst erholte sich die Kranke von selbst wieder, begann, wenn auch schwerfällig und unbeholfen, Gehversuche zu machen und zu sprechen. Nachdem ein Jahr lang sich kein Anfall mehr eingestellt hatte, die Kranke wieder gehen und sprechen gelernt hatte, und die Zeit heranahte, dass sie wieder zur Schule geschickt werden sollte, wurde sie von mir einer Prüfung hinsichtlich ihrer Schreibfähigkeit unterzogen.

Es ergab sich folgendes Resultat:

Vorgesprochene Wörter kann Patientin schreiben, wenn sie dieselben früher schon häufig geschrieben hatte und ihr dieselben deshalb geläufig in der Erinnerung sind. Wörter, die sie früher noch nicht oder nicht oft geschrieben hatte, schreibt sie nur, wenn sie das Schriftbild oder das gedruckte Wortbild gesehen hat.

Beim Vorzeigen von Gegenständen, um das dieselben bezeichnende Wort zu schreiben (ohne Unterstützung des Klangbildes) verhält sich Patientin agraphisch, wenn es nicht wieder ein Wort ist, das ihr von früher her sehr geläufig war.

Angefangene Wörter ergänzen lassen mit Unterstützung des vollständigen Klangbildes:

Weing . . . wird zu Weinglas ergänzt,
Zan . . . . zu Zange,
St . . . . . agraphisches Verhalten,
Sta . . . . agraphisches Verhalten,
Stach . . . zu Stachelbeere;

ohne Unterstützung des Wortklanggebildes:

Patientin ergänzt in gleicher Weise wie vorher: es wurden in beiden Fällen Wörter gewählt, denen gegenüber sie sich vorher agraphisch verhielt.

Das Abschreiben von Wörtern, die mit deutschen

Buchstaben geschrieben oder gedruckt sind, gelingt sehr gut.

Bei lateinischen Buchstaben etwas langsam, dabei zeichnet sie mehr ab und kommt so zu einer scheinbaren Paragraphie. Der jugendlichen Patientin sind lateinische Buchstaben nicht geläufig genug; es hat das mit der partiellen Agraphie nichts zu thun.

Beim Diktatschreiben lässt sie die Wörter, die ihr nicht geläufig sind, aus; sie kann sie nicht schreiben. Man dictiert: „die Gewichte machen, dass das Räderwerk geht.“ Sie schreibt: „Die machen, dass das geht.“

Einzelne vorgesprochene Buchstaben schreibt sie völlig richtig.

Früher auswendig Gelerntes schreibt sie gut.

Buchstaben, die in ihrer Zusammenstellung keinen Sinn haben, werden richtig abgeschrieben.

Auch das Zahlenschreiben ist gut, soweit Patientin es von früher her gelernt hat und es ihr zu jener Zeit geläufig war. Das Nachzeichnen ist richtig und geht rasch.

Sprachstörungen sind in keiner Weise vorhanden; nur spricht Patientin etwas langsam.

In diesem Falle erhielt sich eine amnestische partielle Agraphie noch ein Jahr nach den epileptischen Anfällen; die Kranke konnte Wörter, die ihr dem Schriftbilde nach noch fest in der Erinnerung waren, nicht schreiben; sie schrieb nur Wörter, (abgesehen vom Copieren) die ihr von früher her sehr geläufig waren, vergleichsweise wie bei der partiellen amnestischen Aphasie, wo Redewendungen oder Wörter, welche durch oftes Einüben eine feststehende Erinnerung ausmachen, der functionellen Aphasie nicht zum Opfer fallen.

Als Patientin 1/2 Jahr nach dieser Prüfung wieder von mir hinsichtlich der partiellen Agraphie geprüft wurde, zeigte sich gar nichts Abnormes mehr.

Mittheilungen.

— **Die Epileptiker und Idioten in dem zukünftigen*) Reichs-„Irren“-Gesetz.** Unter diesem Titel veröffentlicht das „Berliner Tageblatt“ vom 14. Juni Folgendes:

Der Name des im vorstehenden Titel bezeichneten Gesetzes ist zweifelsohne geeignet, die öffentliche Meinung über Umfang und Ziele desselben irrezuführen, wie sich aus nachfolgenden Erwägungen ergiebt. Das Strafgesetz wie das Bürgerliche Gesetzbuch haben, die durch unsichere Nomenklaturverhältnisse gebotenen Schwierigkeiten umgehend, es vermieden, für die Definition der Aufhebung der freien Willensbestimmung und der Geschäftsfähigkeit durch pathologische Geisteszustände die letzteren etwa aus Rücksicht auf medicinische Detailfragen noch einer besonderen Gruppirung zu unterziehen. Sie begnügen sich mit den durch die allgemeine Psychopathologie gegebenen Definitionen. So spricht das Strafgesetz von „Bewusstlosigkeit“, „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit“, das Civilgesetz von „Geisteskrankheit“, „Geistesschwäche“, welche beiden letzteren Begriffe bekanntlich — im Interesse des zu Entmündigenden — nur graduelle Unterschiede bedeuten; auch ein Epileptiker, ein Idiot kann danach im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches entweder geisteskrank oder geistesschwach sein, ohne Rücksicht darauf, ob das Leiden angeboren oder in der früheren oder späteren Jugend erworben ist.

Wie allgemein anerkannt und durch die Erfahrung bekräftigt, ist auf diese Weise eine sehr zweckmässige Vereinigung des Standpunktes des Rechts mit dem der Psychiatrie herbeigeführt worden. Wie ist es nun bei dem Reichsirrengesetz? Sollte in dem Ausdruck „Irren“gesetz schon eine Anspielung auf den Umfang des Gesetzes liegen, das letztere sich nur auf die Regelung der Verhältnisse der „Irren“ erstrecken, so wäre an der gegenwärtigen Lage der Dinge nicht viel geändert, und man könnte sich die ganze legislatorische Arbeit ersparen. Für die „Irren“, worunter man gewöhnlich die total Verrückten versteht, bedarf es nicht so sehr des ganzen Apparates der Gesetzgebung wie vielmehr für die überaus zahlreichen „Grenzfälle“, die auf der Scheidelinie zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit sich bewegen, aus deren Reihen sich die „widerrechtlich ins Irrenhaus Gesperrten“ rekrutiren. Sehr häufig finden sich nun diese Grenzzustände bei den Epileptikern, die ja nur zu einem verschwindend geringen Prozentsatz wirklich geistig intakt sind, und den Idioten. Die leichten, aber tief wurzelnden seelischen Störungen bei scheinbar gesunden Krampfleidenden, die verschiedenen Formen des angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinns (Idiotie) in seinen geringeren Graden bedürfen zu ihrer richtigen Beurtheilung einer sorgfältigen Durchforschung seitens des Facharztes und bereiten diesem oft mehr Schwierigkeit als ausgebildete Fälle einer fortschreitenden Gehirnlähmung oder Melancholie oder Verrücktheit. Sie bereiten aber diese Schwierigkeit nicht nur im Civil- und Strafprocessverfahren, in welchem die Zuziehung eines sachverständigen Arztes bereits vorgeschrieben ist, sondern ebenso bei der im zukünftigen Reichsirrengesetz in Betracht kommenden äusserst wichtigen Frage, ob Internirung in der Anstalt, das heisst Freiheitsentziehung nothwendig ist oder nicht.

Aus diesem Grunde muss es befremden, dass in Preussen der Ministerialerlass vom 25. Januar 1902

*) deutschen.

die ärztliche Thätigkeit in Idioten- und Epileptiker-anstalten vornehmlich auf „medicinische, hygienische und diätetische“, dass heisst also auf die eigentlich körperlichen, nicht auch auf die geistigen Angelegenheiten, nicht auch auf die Frage der Entlassungsfähigkeit des Kranken sich erstrecken lässt. Es wäre überhaupt dringend zu wünschen, dass das Reichsirrengesetz sich nicht auf den Standpunkt jenes und des zeitlich voraufgehenden Ministerialerlasses stellt, der für Anstalten mit Kranken unter achtzehn Jahren andere, gewissermaassen mildere Vorschriften glaubte ertheilen zu müssen als für Anstalten, welche erwachsene Kranke beherbergen, — entgegen dem allgemein herrschenden Empfinden, dass für minderjährige Kranke ein weit umfangreicherer Rechtsschutz geschaffen werden müsste als für Jene. Aber auch der ärztlichen Fürsorge und Behandlung bedürfen die Epileptiker und Idioten, wenn ihre Anstaltsverpflegung eine rationellere und erfolgreichere sein soll als bisher.*) Das aber ist nur erreichbar, wenn der Arzt vollständig die Alleinleitung der Anstalt besitzt, nicht aber wenn ihm die Verfügung über sein hauptsächlichstes Organ, das Pflegepersonal, nur halb oder zu einem Viertel zusteht, wie dies in den theologisch geleiteten Privatanstalten der Fall ist.

Um nur eins anzuführen, wie weit wir hier noch zurückstehen, sei darauf hingewiesen, dass die Prügelstrafe aus den Epileptiker- und Idiotenanstalten bisher durch keine Verfügung offiziell ausgemerzt ist. — Die Schwachbefähigten gehören in die jetzt in allen grösseren Orten**) errichteten Hilfsschulen, das heisst in das Regime des Pädagogen, die Schwachsinnigen, auch die jugendlichen, soweit sie der Anstaltspflege und -Erziehung bedürfen, in die Anstalt, das heisst in das Regime des Arztes, der auch den Unterricht zu regeln und zu überwachen hat. Nur wer die körperlichen Grundlagen des Schwachsinns kennt, weiss auch die Anforderungen des Unterrichts richtig abzumessen, das heisst ohne Schaden für den Kranken. Die pädagogischen Kräfte einer solchen Anstalt sind daher nicht minder als die eigentlichen Pflegekräfte dem Arzte unterzuordnen.

Die theologisch geleiteten Anstalten haben hier unbegreiflicherweise ein durch nichts begründetes, aber in vieler Hinsicht bedenklich scheinendes Privilegium. Wo Theologen und Mediciner dauernd zusammenarbeiten müssen, kommt es immer zu Konflikten, am meisten aber und zum Nachtheil der ihnen anvertrauten Personen, wenn die Frage der Willensfreiheit an diesen unglücklichen Gehirnkranken zum Austrag gebracht wird; hierüber herrschen bei unseren Theologen geradezu rückständige, mit der Naturwissenschaft überhaupt nie vereinbare Ansichten. Es ist wirklich an der Zeit, dass die Theologen von diesem Schauplatz abtreten, von dem für sie immer eine Brücke zum Gesundbeten und zu anderem Unfug geführt hat und führen wird.

*) Die theologisch geleiteten Epileptiker- und Idiotenanstalten verstehen es allerdings gut, eine fromme Reclame zu treiben, die staatlichen beziehungsweise ärztlich geleiteten dürfen keine Reclame treiben, das verbieten schon die ärztlichen Ehrengerichte.

**) Auch die Landarmenverbände sollten solche Hilfsschulen begründen, damit die Volksschulen in Dörfern und kleinen Städten von den Schwachbefähigten entlastet würden.

Um endlich auf unseren Ausgangspunkt zurückzukommen: Der Name Reichs-„Irren“gesetz ist durchaus irreleitend und geeignet, selbst bei den legislatorischen Faktoren von vornherein über die wahren Aufgaben eines solchen Gesetzes falsche Vorstellungen aufkommen zu lassen. Es empfiehlt sich dafür die allgemeine Bezeichnung: Reichsgesetz über die Fürsorge für Gehirnkranke zu wählen. Durch diesen Namen*) würde: 1. das ganze Wirkungsgebiet des Gesetzes wirklich umfassend definirt, 2. von einer angesehenen Volksvertretung der naturwissenschaftlichen Lehre beigetreten, dass Geistesstörung, Epilepsie und Idiotie Gehirn-, das heisst körperliche Krankheiten sind, und dem Eindringen anachronistischer Sonderbestrebungen metaphysischer, spiritistischer, theologischer etc. Natur in die praktische Fürsorge für diese Unglücklichen vorgebeugt, was in der Gegenwart dringend nöthig ist, 3. demjenigen Menschen, welchen das Schicksal unter dieses Gesetz fallen lässt, das Odium erspart, für „verrückt“, „irre“, als „Narr“ und Aehnliches gelten zu müssen.

Zum Schlusse sei noch auf eins hingewiesen: Die Einführung des Reichsgesetzes über Gehirnkranke wird zur logischen Folge haben, dass dem Reichsgesundheitsamt das Concessionsrecht für Gehirnkrankenanstalten zusteht. —

— **Spiritismus.** Frau Rothe — geisteskrank? Das „berühmte“ Blumenmedium, die Monteursfrau Anna Rothe, ist am Sonnabend vom Untersuchungsgefängniss nach der Charité (Berlin) gebracht worden, um auf ihren Geisteszustand beobachtet zu werden. Die Untersuchungshaft hat der fast 52 Jahre alten Frau, die ein ruhiges, grübelndes Wesen zeigt, nichts angehabt. Die Spiritisten scheinen sich für ihr bedeutendstes Medium noch sehr zu interessiren. Bevor noch Frau Rothe in der Charité war, kamen schon Leute dorthin, die ihre Aerzte sprechen wollten.

— **Russland.** Nach einer Berechnung des Medicinal-Departements sind für die einer Specialbehandlung bedürftigen Geisteskranken in Russland nur 15000 Betten vorhanden, während 35000 Betten erforderlich wären. Auf Grund klinischer Forschungen werden die 185000 Geisteskranken Russlands in drei Gruppen eingetheilt: Kranke mit schärferen Geistesstörungen, gefährliche Kranke und chronisch Kranke. Von den beiden ersteren Gruppen beanspruchen 62000 Personen eine Specialbehandlung und für diese wären eben die 35000 Betten, deren Einrichtung ca. 35 Millionen Rubel nebst 10 Millionen jährlicher Unterhaltskosten erfordern würde.

Referate.

— Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. Von Dr. med. Witthauer, Oberarzt am Diakonissenhaus in

*) Zum Beispiel gehören Leute, die nach Schlaganfall oder infolge einer Gehirngeschwulst oder einer sonstigen organischen Erkrankung des Gehirns blöde, gewöhnlich aber schonungsvoll nicht als geisteskrank oder -schwach betrachtet werden, doch auch unter das neue Gesetz.

Halle a. S. Zweite, neu bearbeitete Auflage mit 76 Abbildungen. Halle a. S., Carl Marhold, 1902. Preis Mk. 3,—.

In Form von 18 Vorlesungen hat Verf. alles für die Krankenpflege Wissenswerthe mit Einschluss der Wöchnerinnenpflege und der Behandlung der Säuglinge in kurzer prägnanter Form besprochen und dabei nicht nur die Verhältnisse eines gut eingerichteten Krankenhauses berücksichtigt, sondern auch die einfachen Verhältnisse in der Familie mit ihren nothwendig werdenden Improvisationen. Der Werth des Buches ist durch zahlreiche, leicht verständliche Abbildungen erhöht. Das in der zweiten Auflage hinzugekommene Capitel über Irrenpflege enthält das Nothwendigste, es ist nach dem bekannten Leitfaden von Scholz bearbeitet.

Arnemann, Gross-Schweidnitz.

— Die Lehre vom Leben. Von Dr. Alfons Bilharz. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902. Gr. 8⁰, XIV und 502 S., 22 Abbildungen.

Die Redaction hat mich gebeten, das Buch von Bilharz zu besprechen. Ich habe es vorgenommen, aber — ich habe es nicht verstanden. Da müsste ich es eigentlich der Redaction zurückgeben. Jedoch, ich bin davon überzeugt, dass damit weder der Redaktion noch dem Verfasser gedient wäre, denn unter den Vorhandenen ist keiner, der das Buch verstehen könnte. Auch liegt die Sache ja nicht so, dass ich Alles nicht verstanden hätte, sondern ich habe nur nicht Alles verstanden. Es scheint mir, als ob im Grunde der Vf. vielfach das Richtige meinte und als ob ich in manchen Richtungen mit ihm gehen könnte. Die „Lehre vom Leben" hat drei Theile: 1. Prolegomena (hauptsächlich geschichtlich-kritische Erörterungen), 2. Noo-Biologie oder die Lehre vom thierischen Verstand, 3. Logo-Biologie oder die Lehre von der menschlichen Vernunft. Der 3. Theil zerfällt wieder in zwei Abschnitte: Weltaxe des Denkens oder Lehre vom vernünftigen Denken und Weltaxe des Wollens oder Lehre vom vernünftigen Wollen. In der Lehre vom Wollen (Ethik und Gesellschaftslehre) findet man unerwarteterweise einen grossen Aufsatz über Fr. Nietzsche, der manches Gute enthält.

Wenn Verfasser sich entschliessen könnte, die Lehre aus seiner halbmathematischen Sprache in das Deutsche zu übertragen, wenn er sich mehr als bisher der langen Auseinandersetzungen mit Descartes, Kant und anderen historischen Grössen enthielte, wenn er sich weniger oft wiederholte, so käme vielleicht etwas Gutes heraus. So, wie das Buch jetzt ist, wird es keinen Erfolg haben, denn Alle, die der Titel angelockt hat, werden bald entfliehen. Und doch steckt viel Arbeit und eifriges Nachdenken darin. Es wäre also schade, wenn das Ganze an der schlimmen Form zu Grunde ginge. Vielleicht wird der Vf. sagen: Ja, du musst erst mein früheres Buch über „Metaphysik als Lehre vom Vorbewusstsein" lesen. Aber ich weigere mich ganz entschieden und Andere werden es ebenso machen.

Trotz aller Bedenken muss man sich freuen, dass es in unserer trockenen Zeit noch Collegen giebt, die die Metaphysik lieben und ihr ernstlich nachstellen, und dass es Verleger giebt, die ihre Bücher drucken lassen. Möbius.

— Pron: Influence de l'éstomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. Paris, Jules Rousset, 1901. 188 S.

Das Buch steht auf der Grenze zwischen wissenschaftlicher Arbeit und populärer Plauderei. Nach einer historischen Einleitung, die bis Hippokrates zurückgreift und auch die Ansichten der Philosophen berücksichtigt, bespricht es die anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Verdauungs- und Nervensystem. Durchweg wird zu sehr verallgemeinert und mit fragwürdigen Gelegenheitsbeobachtungen operirt. Es ist mehr feuilletonistische Causerie, wenn angeführt wird, der Zucker bringe weiche Gefühle, Butter mache apathisch und indolent, Eier verminderu die physische und moralische Energie! Gradezu bedenklich kann das werden, wenn dem Wein z. B. nachgerühmt wird, er prädisponire zum Wohlwollen und zur familiarité. Die klinischen Beobachtungen, die dem Buch ein wissenschaftliches Gepräge verleihen sollen, sind recht dürftig. So lautet Beobachtung 4: „Fräulein S., 32 Jahr, leidet seit 3 Jahren am Magen. Schwerfälligkeit, Dyspnoe nach der Mahlzeit. Traurigkeit, Angst, Schlaflosigkeit". Die 2. Hälfte des Buches bespricht die affektiven Störungen, auch Selbstmord im Gefolge von Verdauungsleiden, darauf die intellektuellen und Willensstörungen, selbst Aphasie, Amnesie, chronisches Delirium u. dgl. Vf. hat kaum Ahnung, dass es sich in vielen Punkten um Probleme handelt, die dem psychologischen Experiment zugänglich und z. Th. auch schon auf diesem Wege gelöst sind. Bei der Gegenüberstellung der Autointoxikations- und der Reflextheorie bevorzugt er die letztere.

Weygandt-Würzburg.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Schleswig. Als Nachfolger des verst. Herrn San.-R. Hansen wurde Herr Director Dr. Kirchhoff-Neustadt zum Director und Chefarzt hiesiger Anstalt ernannt.

— Uchtspringe. Herr Dr. Hoppe ist zum Oberarzt, die Herren Dr. Ehrke und Dr. Müller sind zu ordentlichen Aerzten ernannt.

— Weilmünster. Oberarzt Dr. Lantzius-Beninga von hier ist zum Director hiesiger Anstalt erwählt worden.

— Freiburg (Baden). Prof. Dr. Emminghaus tritt mit Ende dieses Semesters in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger ist Herr Prof. Dr. Hoche, unser hochverehrter Mitarbeiter, berufen worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 15. 12. Juli. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Irrenhilfsvereine.

Vortrag, gehalten am 3. Mai 1902 im Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens

von dem Oberarzt der Provinzial Heil- und Pflege-Anstalt Dr. *Richard Snell*-Hildesheim.

Wohl jedem Irrenarzt sind die Schwierigkeiten bekannt, welche sich bei der Entlassung unbegüteter Kranker oder Genesener aus der Irrenanstalt zeigen. Das wenige Geld, welches vorhanden war, ist für die Unterbringung des Kranken in die Irrenanstalt verbraucht, die Familie hat sich aufs kümmerlichste durchschlagen müssen; wenn der Genesene in sein Heim zurückkehrt, sieht er sich der Noth und Armuth gegenüber. Nun heisst es, für ihn Arbeit suchen. Da hindert ihn aber überall das Vorurtheil der grossen Menge gegen Leute, die im Irrenhause gewesen sind. Die Arbeitgeber nehmen ihn ungern an und, wenn er eine Stellung gefunden hat, wird er von Vorgesetzten und Mitarbeitern mit Misstrauen, wenn nicht gar mit Verachtung behandelt.

Noch schlimmer ist es, wenn der aus der Anstalt Entlassene nicht genesen, sondern nur gebessert ist. Von allen Seiten tritt ihm dann der Argwohn und die Furcht vor dem Geisteskranken entgegen. Kein Wunder, dass so häufig das schwache Nervensystem den Widerwärtigkeiten der Aussenwelt erliegt, der Zustand des Kranken sich verschlimmert und die Ueberführung in eine Irrenanstalt wieder nöthig wird.

Diese Verhältnisse tragen dazu bei, dass ein sehr grosser Theil der als genesen oder gebessert aus der Anstalt Entlassenen nach weniger Zeit wieder der Anstaltspflege bedürftig wird.

Was lässt sich dagegen thun? Man muss den Uebergang der entlassenen Pfleglinge in das freie Leben möglichst erleichtern, man muss die Schwierigkeiten, die einerseits in der Zerrüttung der finanziellen Verhältnisse des Entlassenen, andererseits in den Vorurtheilen des Volkes gegenüber genesenen oder gebesserten Geisteskranken bestehen, zu heben oder wenigstens

zu vermindern suchen. Für ersteren Zweck ist vor allen Dingen Geld nöthig, um über die erste schwere Zeit nach der Entlassung fort zu helfen, in dem einen Fall ist das Handwerkszeug, welches aus Noth verkauft oder versetzt ist, wieder zu beschaffen, in dem anderen ist dem Verfall einer Lebensversicherungspolice vorzubeugen, in einem dritten Fall ist das nöthige Mobiliar wieder zu kaufen oder in Stand zu setzen.

Dass es für die Direction einer Anstalt nicht möglich ist, für jeden solchen vorliegenden Nothstand nach Entlassung eines Anstaltsinsassen das nöthige Geld zusammenzubringen, liegt auf der Hand und ist ja auch jedem längere Zeit in der Irrenpflege Thätigen aus eigner Erfahrung bekannt. So viel Mühe man sich auch giebt, die häuslichen Verhältnisse des zu Entlassenden möglichst günstig zu gestalten, nur zu häufig scheitert der Versuch an der Kostenfrage.

Ein zweiter Punkt, der bei der Entlassung eines genesenen oder gebesserten Geisteskranken grosses Gewicht hat, ist die Wiedereinführung des Entlassenen in das sociale Leben, in einen passenden Beruf. Wie gross die Schwierigkeiten sind, für einen Genesenen eine geeignete Stellung zu finden, kann man nur beurtheilen, wenn man selbst diesen Versuch gemacht hat. Erst will niemand den ehemaligen Anstaltspflegling in Dienst nehmen, hat er aber erst einen Dienst gefunden, so wird er mit Argwohn, wenn nicht gar mit Spott empfangen.

Ist der Kranke aber nicht genesen, sondern nur gebessert, so tritt alles das im erhöhten Maass hervor. Hie und da gelingt es wohl dem Arzt, für einen zu entlassenden Pflegling eine geeignete Stellung auszumachen, in der er vor den Schädigungen der Aussenwelt nach Möglichkeit geschützt ist. Aber für jeden Fall, in dem ein Kranker entlassen werden muss, kann er das nicht. In der Anstalt behalten darf er aber die Kranken nicht, sobald sie nicht mehr den im Reglement vorgesehenen Krankheitszuständen angehören. Es ist daher eine andersweite Fürsorge für die Entlassenen dringend nöthig.

Diese Gesichtspunkte haben an verschiedenen Orten zur Bildung von Irrenhilfsvereinen geführt.

Der älteste deutsche Irrenhilfsverein wurde im Jahre 1829 zur Unterstützung der aus dem herzoglich nassauischen Irren-, Corrections- und Zuchthaus in Eberbach Entlassenen von dem Director Lindpaintner gegründet, konnte aber die nachfolgenden unruhigen politischen Zeiten nicht überdauern.

Lange Zeit geschah dann wenig in Deutschland in Bezug auf diesen Zweig der Irrenfürsorge, während in Oesterreich 1851 der Wiener und etwas später der Steirische Hilfsverein entstanden und in der Schweiz bes. nach Gründung des St. Gallener Hilfsvereins im Jahre 1860 durch Zinn eine Reihe derartiger Vereine emporblühte. Doch will ich mich im Interesse der Kürze auf die deutschen Hilfsvereine beschränken. Erst 1869 erfolgte in Hamburg die Gründung der Unterstützungskasse der Irrenanstalt Friedrichsburg, 1872 entstand der badische Hilfsverein, hauptsächlich durch Fischers und Rollers Bemühungen, und der St. Johannesverein zur allgemeinen Irrenfürsorge in Westfalen, 1873 auf Anregung Laehrs der kurmärkische Verein, der unter Zinns Führung seine Thätigkeit 1875 auf die ganze Provinz Brandenburg ausdehnte, sodann der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen, welcher, bei seiner vortrefflichen Organisation unter Leitung des Geh. Medicinalrath Ludwig in Heppenheim und seines Nachfolgers Bieberbach, vorbildlich für viele später gegründete Hilfsvereine geworden ist. Es existiren jetzt ausser den genannten noch innerhalb Deutschlands Irrenhilfsvereine in Elsass, in Schlesien, im Regierungsbezirk Wiesbaden, in der Rheinprovinz, der Pfalz, München, Sachsen-Meiningen, Niederbayern, im Königreich Sachsen und in Württemberg. In der Provinz Sachsen ist die Gründung eines Hilfsvereins beabsichtigt.

Die Grenzen der Wirksamkeit sind durch die Vereinssatzungen in den einzelnen Vereinen verschieden weit aufgefasst. Sehr ausgedehnt sind die in den Satzungen gegebenen Aufgaben des Hilfsvereins für das Königreich Sachsen. Er will das Verständniss für die Geisteskrankheiten und das Interesse für die Geisteskranken wecken und fördern und bes. die aus den öffentlichen Anstalten für solche Kranke entlassenen Personen zur Erleichterung ihres Wiedereintritts in das bürgerliche Leben unterstützen, auch, soweit die Mittel des Vereins nach Erfüllung des erwähnten Hauptzwecks ausreichen, den in Noth befindlichen Familien Geisteskranker Hilfe gewähren. Im Sinne der Arbeit des Hilfsvereins werden die Epileptischen und Hysterischen den Geisteskranken gleichgeachtet.

Diese sowie die meisten andern Statuten der später gegründeten Hilfsvereine, sind den Hilfsvereinen für die Geisteskranken in Hessen nachgebildet oder dem Statut des brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke. Letzteres bezeichnet als Zweck des Vereins:

1. Die Fürsorge für Geisteskranke der Provinz Brandenburg und bes. für die aus der Irrenanstalt Eberswalde entlassenen Armen und Hilfsbedürftigen.

2. Die Hebung der öffentlichen Irrenpflege der Provinz Brandenburg und die Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irrsinn und Irrenanstalten.

Etwas enger gefasst ist die Wirksamkeit des Hilfsvereins für reconvalescente Geisteskranke in Württemberg. In seinen Statuten ist die allgemein aufklärende und Vorurtheile gegenüber den Geisteskranken beseitigende Thätigkeit nicht mit angeführt, dagegen die Fürsorge für die Familie des Erkrankten hervorgehoben.

Gemeinsam ist sämmtlichen Hilfsvereinen das Bestreben, den Uebergang der Geisteskranken in die Aussenwelt möglichst zu erleichtern, und die ersten Schwierigkeiten nach der Anstaltsentlassung zu vermindern. Um die hierfür nöthigen Geldmittel zu erhalten, werden von den Mitgliedern Beiträge erhoben. Ausserdem steuern bei einzelnen Vereinen der Staat oder communale Verbände bei, z. B. erhielt der hessische Hilfsverein im Jahre 1900/01 aus der Grossherzoglichen Staatskasse 1000 M. und aus Kreis-, Stadt- und öffentlichen Kassen 2755 M. 62 Pf., der brandenburgische Hilfsverein erhielt 1899/00 von Staats- und ständischen Behörden 830 M., der Hilfsverein in Württemberg 1900 vom kgl. Ministerium des Innern 1000 M. Beitrag.

Dass die aufgebrachten Summen durchaus nicht unbedeutend sind, kann man aus folgenden Zahlen ersehen: Die Summe der Einnahmen des Irrenhilfsvereins betrug in Hessen 1900/01 27601 M. 70 Pf., in Württemberg 14202 M. 72 Pf., in Sachsen 4026 M. 72 Pf., in Brandenburg 4573 M. 1 Pf. Für die Vereinszwecke sind vom hessischen Hilfsvereine in den ersten 25 Jahren seines Bestehens rund 240000 M., also fast eine Viertelmillion verausgabt. Der St. Johannesverein zur allgemeinen Irrenfürsorge in Westfalen hat aus eigenen Mitteln eine Idiotenanstalt für mehrere Hundert Insassen gebaut. Man sieht, dass es nicht nur Kleinarbeit ist, die von den Hilfsvereinen geleistet wird, wenn ja auch die Hilfe und Fürsorge, die den einzelnen Kranken bezw. deren Familien gewährt wird, immer eine Hauptaufgabe der Hilfsvereine bleibt. Mit ihr verknüpft sich ganz von selbst die Aufklärung der grossen Menge über die Irrenanstalten durch das Institut der Vertrauensmänner.

Um den einzelnen Kranken den Uebertritt in das freie Leben nach der Anstaltsentlassung zu erleichtern und die familiären Verhältnisse möglichst günstig zu gestalten, genügt eine einfache Geldunterstützung nur theilweise. Es kommt ausserdem darauf an, den Entlassenen auch mit Rath und That zur Seite zu stehen, drohende Gefahren abzuwenden, durch geeignete Maassregeln einer Wiedererkrankung vorzubeugen, bei Wiedereintritt einer Erkrankung den Patienten rechtzeitig in geeignete Pflege zu bringen. Das alles kann aber nicht in genügendem Maass von der Direction der Irrenanstalt, aus welcher der Kranke entlassen ist, geschehen, da ihr die näheren Verhältnisse und die Umgebung des Entlassenen nicht hinreichend bekannt sind, ausserdem bei der starken Arbeitslast eine Anstaltsdirection kaum Zeit hat, sich bis ins Einzelne mit dem ferneren Ergehen der Entlassenen zu befassen. Es bedarf daher der Mittelspersonen, welche an Ort und Stelle dem Entlassenen und seinen Angehörigen zur Seite stehen. Diese Vertrauensmänner müssen einerseits mit den Irrenanstaltsdirectionen in Fühlung bleiben, von ihnen beraten und mit den Mitteln des Vereins unterstützt werden, andererseits den Kranken gegenüber eine helfende und fürsorgende Thätigkeit entwickeln. Dass zu diesem Ehrenamt vorzüglich Männer sich eignen, die kraft ihrer Lebensstellung eine gewisse Autorität geniessen, liegt auf der Hand. Sie müssen durch die Anstaltsdirectionen bekannt gemacht werden mit dem Aufnahmeverfahren in die Irrenanstalten, damit sie in dieser Beziehung geeigneten Rath ertheilen können, und mit der Behandlung, welche für die in ihre Familie zurückkehrenden Kranken und Genesenen die richtige ist. Ausserdem gilt es, bei ihnen den Hebel anzusetzen, um die alten verkehrten Anschauungen über unsere Anstalten durch der Wahrheit entsprechende zu ersetzen. Dass man zu diesem Zweck den Vertrauensmännern Einblick in das Irrenanstaltsleben nicht gänzlich verweigern darf und dass die Aerzte hiervon vielerlei Mühe und Last haben, liegt auf der Hand. Es würde aber ohne diese Mühewaltung den Vertrauensmännern unmöglich sein, ihr Ehrenamt in rechter Weise aufzufassen. Nichts trägt so zur Zerstreuung und Verminderung der Vorurtheile gegen Irrenanstalten und Geisteskranke bei, als wenn man Leuten, die nach ihrer ganzen Lebensstellung Gewähr bieten, dass sie nicht Neugier sondern wirkliches Interesse leitet, nach Möglichkeit Zutritt zu den Irrenanstalten gewährt und sie über die verkehrten Volksanschauungen den Anstalten und ihren Insassen gegenüber aufklärt. Nur so kann die Furcht vor den Irrenanstalten, in der auch das gebildete Publikum noch immer eine Anhäufung von Zwangs- und Beschränkungsmitteln sieht, vernichtet und der modernen Irrenpflege der Platz in der Achtung des Volkes gegeben werden, der ihr dank der jetzigen freien Behandlungsart gebührt.

Ausserdem erwachsen aber noch zahlreiche Vortheile aus dem Umstand, dass sich angesehene Männer in den verschiedenen Orten für die Irrenpflege interessiren und mit den Irrenärzten in Berührung kommen. Die Ueberführung der Geistes-

kranken kann durch die mit dem Aufnahmeverfahren bekannten Vertrauensmänner in einem früheren und daher mehr Aussicht auf Heilung bietenden Stadium der Erkrankung wie bisher veranlasst werden. Ausserdem kann durch die Vertrauensmänner, wie es schon in einzelnen Vereinen, z. B. dem hessischen, geschieht, Erhebliches zur Verbesserung des Wartpersonals beigetragen werden, da es ortskundigen angesehenen, mit den an die Pfleger zu stellenden Anforderungen vertrauten Persönlichkeiten leicht gelingt, geeignete junge Leute auf den Beruf als Irrenpfleger aufmerksam zu machen und den Anstaltsdirectionen zu empfehlen. Auch für die Prophylaxe der Geisteskrankheiten können die Vertrauensmänner nützlich wirken, indem sie ihre Umgebung auf die Gefahren des Alkoholmissbrauchs und anderer die Entstehung von Psychosen begünstigender Schädlichkeiten aufmerksam machen.

Steht der Vertrauensmann ausserdem mit Rath und That den in seinem Bezirk ansässigen Geisteskranken im Einverständniss mit dem betreffenden Anstaltsdirectionen und gestützt auf die materiellen Mittel des Hilfsvereins zur Seite, so sehen wir ihm ein so weites und dankbares Feld der Bethätigung geboten, dass es wohl die aufgewandte Mühe und Arbeit lohnt, und dass sich auch geeignete Persönlichkeiten für dieses Amt finden lassen. Die grosse Zahl der Vertrauensmänner der bestehenden Vereine bestätigt diese Annahme, z. B. gab es am 1. April 1901 in Hessen 884 Vertrauensmänner, die über das ganze Land vertheilt waren. Die Leitung der Hilfsvereine fällt naturgemäss den Aerzten der Landesirrenanstalten zu, welche sich im Interesse der guten Sache der allerdings recht erheblichen Mühewaltung nicht entziehen dürfen.

In den Irrenhilfsvereinen haben wir also ein Mittel, die schon so oft beklagte materielle Noth der aus der Anstaltspflege entlassenen Geisteskranken zu mildern, ferner den Geist der modernen Irrenanstalt dem Volksbewusstsein näher zu bringen und die in Betreff der Irrenanstalten bestehenden Vorurtheile zu verringern. Die Hilfsvereine haben sich innerhalb und ausserhalb Deutschlands bewährt und in einzelnen Staaten, ich nenne hier nur Hessen, eine geradezu glänzende Entwicklung gewonnen. Es wäre daher wünschenswerth, dass auch dort, wo bisher noch kein derartiger Verein existirt, die Gründung eines Irrenhilfsvereins ins Auge gefasst würde, und es wäre ganz besonders zu begrüssen, wenn die Provinz Hannover, in welcher unsere heutige Versammlung tagt, sich den von mir genannten Staaten und Provinzen durch Bildung eines Irrenhilfsvereins anschlösse.

Ueber einige Neubauten an der Göttinger Anstalt.*)

Von Privatdocent Dr. *L. W. Weber*, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen.

Je mehr sich unter dem Einfluss der freien Behandlung die gesammte Bauart unserer Anstalten in den letzten Jahrzehnten geändert hat, um so schwerer war es für die vor dieser Periode entstandenen Anstalten, diesen geänderten Principien Rechnung zu tragen. Die Anlage, namentlich der grösseren derselben, in geschlossenen, gefängniss-, schloss- oder klosterartigen Räumen erschwert die Anbringung der den modernen Bedürfnissen entsprechenden baulichen Einrichtungen um so mehr, als zahlreiche alte Anstalten viel stärker belegt sind, als bei ihrer Gründung beabsichtigt war, ohne dass eine entsprechende bauliche Erweiterung stattgefunden hat. Leichter ist eine Umänderung durchzuführen bei kleineren Verhältnissen, wie in unserer Göttinger Anstalt, die ursprünglich nur für 240 Kranke angelegt war. Hier hat sich im Laufe der Jahre — die Anstalt wurde 1865 bis 1866 in einem geschlossenen quadratischen Bau angelegt — an den ursprünglich alten Kern, dem jeweils hervortretenden Bedürfniss und den geänderten Anschauungen entsprechend, eine Anzahl neuer Gebäude ankrystallisirt. Die alten aber haben durch mancherlei Umbauten Aenderungen erfahren, so dass die Anstalt in ihrer Gesammtheit jetzt ein recht interessantes Beispiel dafür bietet, wie die geänderte Behandlungsmethode allmählich auch eine Umgestaltung des äusseren Baues herbeigeführt hat.

Der alte Theil der Anstalt war nach den Plänen und unter Leitung des Oberbauraths Funk in der Form eines geschlossenen Quadrats errichtet, dessen Vorderseite die Verwaltungsräume und die Pensionär-Abtheilungen enthielt, während sich beiderseits die Abtheilungen für die Kranken III. Klasse befanden; die hintere Seite wird von den Wirthschaftsräumen gebildet, zu deren beiden Seiten in Gestalt langer Korridorbauten je eine Zellabtheilung liegt.

Es verdient übrigens darauf hingewiesen zu werden, dass L. Meyer gleich bei der Eröffnung der Anstalt 1866 den unteren Stock der Pensionärabtheilung

*) Nach einem Vortrag auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens zu Hannover am 3. Mai 1902.

beiderseits zu sog. klinischen Abtheilungen ausgestaltete, in denen die Neuaufnahmen mit Bettruhe behandelt wurden und unter permanenter Bewachung standen, also Wachstationen in unserem heutigen Sinne. Dieselbe Einrichtung hatte L. Meyer schon 1864 an der Hamburger Staatsirrenanstalt getroffen.

Schon bald nach der Eröffnung der Anstalt stellte sich das Bedürfniss nach umfassenderer Beschäftigungsmöglichkeit der Kranken heraus. Dieselbe wurde 1874 geschaffen durch grössere Landankäufe und Errichtung entsprechender Oekonomiegebäude, in welchen auch eine Anzahl Kranke unter denkbarst freien Verhältnissen untergebracht wurden. Die Ueberfüllung der übrigen Provinzialanstalten machte dann eine Erhöhung der Belegzahl der Männerabtheilung nöthig. Die geforderten 100 Plätze wurden beschafft durch Errichtung von zwei völlig freien Villen nach dem Muster der kolonialen Anstalten. Endlich machte sich zu Beginn der 90er Jahre das Bedürfniss geltend, die bisherige klinische Station zu beiden Seiten des Verwaltungsgebäudes durch einen etwas umfangreicheren und den betreffenden Bedürfnissen mehr Rechnung tragenden Neubau zu ersetzen. Für diesen Zweck wurden auf der Männer- und auf der Frauenseite je eine kleine Villa errichtet, welche im Erdgeschoss eine Wachabtheilung für ca. 15 Betten nebst Zubehör, im Obergeschoss eine Station für ebensoviel Rekonvalescenten enthielt. Die beiden Villen sind nach völlig modernen Grundsätzen ohne Fenstergitter oder sonstige Zwangseinrichtung erbaut; der Grundriss selbst und die dadurch nothwendig gewordene Vertheilung der Räume kann allerdings nicht als sehr glücklich bezeichnet werden.

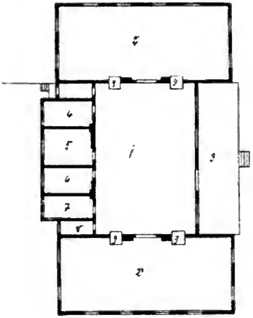
Die Aufnahmeverhältnisse der Göttinger Irrenanstalt sind ausserordentlich wechselnde. Im südlichsten Zipfel der Provinz gelegen, hat sie nur einen kleinen Aufnahmebezirk, da die meisten Kreise der kürzeren Reise wegen lieber die anderen Provinzialanstalten aufsuchen. Anderseits tritt bei Ueberfüllung der letzteren häufig eine Ueberflutung der Göttinger Anstalt mit Aufnahmeanträgen ein, die schon aus Rücksicht auf die Zwecke der Klinik genehmigt werden müssen. So kommt es zu einer zeitweiligen Ueberfüllung namentlich mit pflegebedürftigen, siechen oder unreinen Kranken; ferner sind aus denselben Gründen stets eine grosse Anzahl krimineller Elemente, sowohl geisteskranker Verbrecher als gewaltthätiger, erregbarer Kranker vorhanden. Dieser Zustand hatte sich namentlich gesteigert in den Jahren vor Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg und zu einer dauernden Ueberfüllung der Göttinger Anstalt, besonders der Männerseite mit siechen und besonderer Aufsicht bedürftigen Individuen, geführt.

Für die „unreinen" Kranken, namentlich die Paralytiker mit Neigung zu Dekubitus, waren bis dahin die sog. „Siechenstationen", welche beiderseits die Seitenflügel der Anstalt abschliessen, bestimmt. Diese Abtheilungen hatten den Nachtheil einer alten, besonders bei stärkerer Kälte ungenügenden Luftheizung, für die starke Belegzahl zu geringen Luftraum und eine unglückliche Vertheilung der Räume, welche namentlich eine dauernde Aufsicht unmöglich machte. Die Einrichtung, durch eine sog. Laufwache alle 1—2 Stunden derartige Kranke herausnehmen zu lassen, genügt nicht, da sie in der Zwischenzeit doch nass oder schmutzig liegen können; und jeder weiss, dass unter Umständen eine auch nur kurze Zeit dauernde Maceration der Haut hinreicht, um das Zustandekommen eines schweren Dekubitus einzuleiten. Nur eine ständige Wache kann dies verhindern bei ununterbrochener Beobachtung der betreffenden Kranken, welche in regelmässigen, aber ihrem Zustand angemessenen Zwischenräumen herausgenommen werden, in der Zwischenzeit aber auch öfter in ihrer Lage verändert werden müssen, also eine ständige Aufsicht und Thätigkeit beanspruchen. Diese Umstände bestimmten den Direktor, Professor Dr. Cramer, die Behandlung sämmtlicher derartiger Kranken in eine Wachstation zu verlegen. Die bisherige klinische Station erwies sich für die Aufnahme dieser Kranken als viel zu klein; auch aus anderen Gründen war es unthunlich, chronische sieche und unreine Kranke mit heilbaren, frischerkrankten Psychosen zusammenzubringen.

Es wurde daher dem Landesdirektorium der Vorschlag unterbreitet, mit den einfachsten Mitteln einen sog. Barackenbau zu errichten, welcher zur geeigneten Unterbringung von ca. 35, hauptsächlich körperlicher Pflege bedürftigen Kranken Raum bietet. Der Provinzialausschuss ging um so bereitwilliger auf diesen Vorschlag ein, als durch die neugeschaffenen 35 Plätze eine Entlastung der vor der Eröffnung der Lüneburger Anstalt überfüllten Provinzialanstalten ermöglicht wurde.

Der als „Lazareth" bezeichnete und erdgeschossige Barackenbau ist leichtester Construktion, ohne Unterkellerung über Backsteinpfosten errichtet. Die Wände bestehen aus einer doppelten Lage von Gypsdielen mit Torfmullfüllung, an der Aussenseite mit Cementverputz. Das flache mit Dachpappe eingedeckte Dach ist innen verschalt. Der Boden in den Schlaf- und Tagesräumen ist auf Stampfbeton gelegtes Xylopan, ein angenehmer, warmer und elasti-

scher Fussboden, in den Nebenräumen Terazzo. Der Grundriss ist ein ausserordentlich einfacher: An den in der Mitte befindlichen Tagesraum schliessen sich zu beiden Seiten je ein Schlafsaal an; an der hinteren Längsseite des Tageraums befinden sich die Nebenräume: Abstellraum, Garderobe, Spülküche, Bad, Closett und ein Seitenausgang; der vorderen Wand ist eine ungedeckte Veranda vorgelagert. Der Tageraum hat auf diese Weise nach Süden 4 grosse Fenster, nach Norden über den niedrigeren Neben-



Grundriss des Lazarethes.
1. Tagraum. 2. Schlafräume. 3. Veranda. 4. Closet. 5. Bad. 6. Spülküche. 7. Garderobe. 8. Abstellraum. 9. Oefen.

räumen noch kleinere Oberfenster zum Lüften. Jeder Schlafsaal ist von 3 Seiten durch im Ganzen 8 Fenster belichtet. Sämmtliche Fenster sind ohne jede Sicherung, mit grossen Scheiben aus gewöhnlichem Glas versehen. Auch die sonstige innere Einrichtung ist sehr einfach, aber behaglich. Die Heizung wird durch im Ganzen 4 Füllöfen besorgt, welche zu je zweien in den Wänden zwischen Tageraum und Schlafsälen untergebracht und mit einem Mantel aus gelochtem Eisenblech versehen sind, so dass sie über die Wandfläche beiderseits nur wenig hervorstehen; diese Heizung hat sich bis jetzt in zwei strengen Wintern bewährt. Obwohl nur bei der heftigsten Kälte alle 4 Oefen gleichzeitig im Betrieb sind, ist die Temperatur in allen Räumen eine angenehme und gleichmässige; auch in der nächsten Nähe der Oefen ist die Hitze nicht so strahlend, dass die im Tageraum um die Ofenmäntel angebrachten Bänke mit Lehnen nicht bequem benutzt werden könnten. In den Schlafsälen befinden sich an der Innenwand in der Nähe des Ofens Waschtische mit gusseisernen, emaillirten Kippbecken. Die Beleuchtung ist elektrisch mit Nernstlampen und einigen Edisonlampen für den Nachtbetrieb; Schaltdosen zur Anbringung von Handlampen für genauere Untersuchungen sind reichlich vorhanden. Der Cubikinhalt in der ganzen Abtheilung ist nach den neuen Vorschriften für die Privatanstalten reichlich bemessen; er beträgt pro Bett in den Schlafräumen allein 25 cbm, in den Tageräumen mit Schlafräumen pro Kopf 38 cbm. Die Kosten für das Lazareth betragen (ohne Grunderwerb) 35000 M., wovon 8000 auf die innere Einrichtung kommen. Der Betrieb der Abtheilung gestaltet sich folgendermaassen. Der nach Südosten gelegene Schlafsaal ist Wachsaal und mit 16 Betten belegt. Dahin werden alle diejenigen Kranken gebracht, welche wegen der Neigung zur Unreinlichkeit oder Dekubitus oder wegen sonstiger schwerer Erkrankung der nächtlichen Ueberwachung bedürfen; ein grosser Theil von ihnen liegt auch bei Tag zu Bett oder wird im Sommer mit dem Bett auf die Veranda gebracht. Im anderen Schlafsaal sind leichtere Kranke untergebracht, welche Nachts keine besondere Fürsorge brauchen, sondern nur zeitweise zum Befriedigen ihrer Bedürfnisse angehalten werden, unter Tags beim Essen u. s. w. einer Beaufsichtigung bedürfen und zu irgend welcher Beschäftigung ausser leichter Hausarbeit nicht mehr im Stande sind. Für diesen Betrieb genügen 3 Wärter, von denen 2 im ruhigen Saal schlafen, der dritte, natürlich im entsprechenden Turnus, im andern Schlafsaal die Nachtwache hat. Die auf dieser Abtheilung untergebrachten Kranken sind der Hauptsache nach Paralytiker, dann aber auch eine Anzahl Idioten, stark verblödete Epileptiker und katatonische Psychosen. Gelegentlich werden auch schwer körperliche Kranke, welche dauernder Aufsicht bedürfen, dorthin verlegt; für sie ist die Veranda mit Liegestühlen ein ausserordentlich angenehmer Aufenthalt.

Das Lazarett bedeutet eine wesentliche Entlastung für unsere klinische Aufnahmestation; eine grosse Anzahl entsprechender Fälle passiren jetzt die klinische Station überhaupt nicht mehr, sondern werden nach kurzer Untersuchung in einem Aufnahmezimmer sofort nach dem Lazareth verbracht. Diese Zusammenlegung ziemlich gleichartiger Krankheitsfälle, die man ja sonst vermeidet, hat sich in diesem Falle zweckmässig erwiesen. Sie ermöglicht eine Gleichartigkeit der Behandlung, welche z. B. auch in der Verpflegungsform ihren Ausdruck findet. Die sämmtlichen Kranken dieser Abtheilung erhalten zum Mittagessen ihre Fleischportion von Knochen befreit und gemahlen; ebenso wird das Brod ohne Rinde nach dieser Abtheilung geliefert, um Schluckstörungen zu verhüten. Auch die Ausrüstung dieser Kranken mit

Lazarethmänteln soll dazu beitragen, der ganzen Abtheilung mehr den Charakter einer Station von körperlich Kranken zu geben.

Die Hauptsache aber ist, dass auf diese Weise das Vorkommen von Nassliegen, Unreinlichkeit oder Dekubitus bei den siechen Kranken fast völlig vermieden wird; kommt es doch einmal vor, so kann man das Personal dafür zur Rechenschaft ziehen, und braucht keine Ausrede gelten zu lassen. Eine finanzielle Ersparniss ist damit auch gegeben, wenn man erwägt, dass Matratzen und Bettlaken durch das seltene Vorkommen des Einnässens viel mehr geschont werden. Auch Gummieinlagen werden nur in geringer Anzahl — fast nur bei einigen Epileptikern gebraucht, Wasser- und Luftkissen für Dekubitusverdächtige gar nicht. Der Stationswärter muss eben jeden einzelnen Kranken genau kennen und wissen, was dieser an Pflege, Umlegen, Herausnehmen u. s. w. braucht, und auf diese Punkte auch die Nachtwache aufmerksam machen. Man kann sagen, dass mit der Einrichtung dieser Wachstation der Begriff der unreinen Kranken überhaupt weggefallen ist.

Die Anstalt hatte in der ersten Zeit ihres Bestehens ca. 30 Isolirzimmer zur Verfügung, 15 für jede Geschlechtsseite, von denen etwa 10 jederseits in der sog. Zellabtheilung, den nach der Nordwestseite abgehenden Flügelbauten, sich befanden; die übrigen waren zwischen den übrigen Abtheilungen vertheilt. Sehr bald wurden die letzteren nur noch als Schlaf- oder auch Wohnzimmer für Kranke III. Kl. verwendet, denen man theils wegen ihrer Empfindlichkeit, theils aus anderen mehr socialen Gründen die Wohlthat einer von dem Gros der Kranken getrennten Wohnung erweisen wollte. Zum Isoliren wirklich erregter, tobsüchtiger Kranker waren diese Räume schon deswegen nicht geeignet, weil sie mit keinerlei akustischen Isolirung versehen waren. Dagegen machte sich in den Jahren 1880 bis 1890 ein Bedürfniss nach Vermehrung der Zellen geltend. Es wurden daher in dem nördlichen Anbau der Zellabtheilung, der bisher zu Beamtenwohnungen verwendet war, jederseits noch 6 Zellen eingebaut. So stellte bis in die allerletzte Zeit die Zellabtheilung ein langgestrecktes Corridorgebäude dar, welches ausser einigen Nebenräumen und dem zu Tageräumen ausgestalteten Corridor 16 Einzelzimmer verschiedener Construktion enthielt. Die zuletzt eingerichteten Isolirzimmer besitzen grosse, weit herunterreichende Fenster mit festen Scheiben; eine Anzahl anderer Zellen haben ein kleineres vergittertes Fenster ca. 3 m über dem Fussboden, das durch eine vom Dachboden aus zugängige Vorrichtung ventilirbar ist. Endlich enthielt ein Ausbau in der Mitte 4 Zellen, von einem gemeinsamen Vorraum aus zugängig und nur mit Deckenoberlichtern versehen, welche durch das Dach durchgeführt waren. Diese sog. Tobzellen waren für besonders schwer erregte Kranke bestimmt. Die Ventilations-, Heizungs- und Beleuchtungsverhältnisse in diesen Zellen waren gleichmässig schlechte. Die Kranken aber, selbst die erregtesten, empfanden die, wenn auch nur vorübergehende Isolirung in diesen düsteren, laut hallenden Zellen als eine entwürdigende Strafe, und doch musste bei der Häufung gefährlicher, gewaltthätiger und fluchtverdächtiger Kranker meist jeder vorhandene Raum auf der Zellabtheilung ausgenutzt werden. Es wurde daher auf Vorschlag des Direktors der ganze Mittelbau, der von den 4 Tobzellen und ihrem dunklen Vorraum eingenommen war, durch Herausnahme der Wände in einen Schlafsaal von 70 qm Grundfläche verwandelt. Die Oberlichter wurden zugebaut und dafür an den beiden Seitenwänden je ein 2,8 qm grosses Fenster angebracht. Nach dem bekannten Hitzig'schen Modell ist der mittlere Teil desselben fest, während zwei schmalere Seitentheile um eine vertikale Achse drehbar sind. Die Scheiben bestehen aus dickem, halbmatten Spiegelglas. Hier sind mit Bequemlichkeit 10 Betten zu stellen und dadurch ein geräumiger freundlicher Schlafsaal für Kranke geschaffen, welche vorher wegen ihrer Neigung zu nächtlicher Unruhe, zum Fenstereinschlagen (namentlich auf der Frauenseite) in Zellen untergebracht werden mussten. Nachts schlafen zwei Wartpersonen in dem Saal, der ausserdem von der über die Abtheilung gehenden Nachtwache kontrollirt wird; der Stationswärter schläft in einem Zimmer in erreichbarer Nähe. Auch hier zeigte es sich wieder, dass einzelne Kranke, die, so lange sie die Zelle bewohnten, zu den unruhigsten Elementen gehörten, durch die Verlegung in den Schlafsaal ruhiger und socialer wurden. Die ganze Abtheilung macht durch den Wegfall der dunklen Zellen und die Einfügung des grossen, freundlichen Schlafsaals einen ganz anderen Eindruck. Mit Leichtigkeit lässt sich auch dieser Schlafsaal mit dem anstossenden Tageraum zusammen als eine 3. Wachstation betreiben, wenn das Bedürfniss nach einer derartigen Einrichtung zur dauernden Ueberwachung gewaltthätiger und dabei selbstmord- oder fluchtverdächtiger Elemente hervortreten sollte.

Die Verminderung der Zahl der Isolirzellen ist, wie dies vorauszusehen war, durchaus nicht als störend empfunden worden, eine weitere Verminderung derselben ist vielmehr zu Gunsten noch anderer Einrichtungen geplant. Angesichts dieser Thatsache seien noch einige allgemeine Bemerkungen zu dem neuerdings wieder entbrannten Streit für oder gegen

die absolut zellenlose Behandlung gestattet. Gerade die Geschichte unserer Anstalt zeigt ja, dass man in der ersten Zeit ihres Bestehens mit einer geringeren Zahl von Zellen auskommen zu können glaubte, als später, und dass jetzt wieder die Zahl derselben wesentlich herabgesetzt wird. Aber der jetzige Kampf gegen die Isolirung ist doch mehr als eine augenblickliche Modesache; überall, wo man ernstlich den Versuch macht, mit weniger Zellen auszukommen, zeigt sich, dass es geht und dass die Kranken dabei besser fahren. Ich möchte, um nicht missverstanden zu werden, ausdrücklich bemerken, dass ich unter „Isoliren" natürlich immer die Unterbringung eines Kranken für kürzere oder längere Zeit in einem verschlossenen Zimmer verstehe, das durch seine Einrichtung und Ausstattung gewaltthätige Handlungen des Kranken verhindert; ob man dem Kranken dabei in seiner „Zelle" mehr oder weniger Möbelstücke, Matratzen oder ganze Bettstellen hineingiebt, ist eine Frage von untergeordneter Bedeutung und hängt im Wesentlichen von der Art des unterzubringenden Kranken ab.*) Gar nichts mit dem Begriff des „Isolirens" hat es zu thun, wenn man einen leicht erregbaren oder empfindlichen Kranken ein völlig eingerichtetes, unverschlossenes „Einzelzimmer" zum Schlafen, Wohnen oder Arbeiten anweist, damit er mit den anderen Elementen möglichst wenig zusammenkommt. Dass eine grosse Anzahl von solchen behaglich eingerichteten Einzelzimmern in jeder Anstalt eine grosse Wohlthat für den Krankenbetrieb ist, steht bei Allen, die darin Erfahrung haben, fest. Was aber das wirkliche Isoliren in Zellen betrifft, so glaube ich doch, dass man auch bei weitgehendster Einschränkung dieser Maassregel nicht so weit gehen darf, wie Wattenberg u. A.; wenigstens in den Provinzialanstalten und anderen grösseren Anstalten mit vielen chronischen Kranken wird man die Isolirung nicht völlig entbehren können. In den jüngsten Erörterungen über diese Frage ist als ein Grund sowohl für als gegen die absolut zellenlose Behandlung von beiden Seiten wiederholt die Zahl der frischen Aufnahmen einer Anstalt angeführt worden. Man kommt aber doch mehr und mehr davon ab, frisch erkrankte, neu aufgenommene Fälle, auch wenn sie sehr erregt sind und wenn dieser Zustand 2—4—6 Wochen anhält, einfach mit Isoliren zu behandeln. Wir können ja jetzt, dank der Bettruhe, Dauerbäder, hydropathischer oder medicamentöser Behandlung viel mehr individualisieren und lassen solche Fälle ruhig im Wachsaal liegen, weil wir sie noch nicht genau kennen und ausserdem auch weil wir uns bei der frischen Erkrankung eher einen Erfolg der aufgewandten Mühe versprechen. Auch das Personal verliert bei solchen frisch erregten Kranken, auch wenn sie eine Zeit lang sehr unangenehm sind, weniger leicht Spannkraft und Geduld. Eine Anstalt mit vielen Neuaufnahmen hat gewöhnlich überhaupt einen grösseren Krankenumsatz und die Möglichkeit, chronisch gewordene Fälle irgendwohin abzuschieben. Das fehlt aber den meisten grösseren (Heil- und Pflege-) Anstalten; sie müssen ihre chronischen Kranken, und gerade die unangenehmsten Fälle gewöhnlich Jahre lang behalten. Unter diesen finden sich aber diejenigen Elemente, für welche mir die Möglichkeit einer zeitweiligen Isolirung höchst werthvoll erscheint. Es sind Epileptiker, Hysterische, Idioten und Imbecille, überhaupt degenerative Psychosen mit Neigung zu häufigen Erregungszuständen, sinnlosen Wuthausbrüchen, Kranke, welche das Aeusserste an Aufreizung ihrer Leidensgefährten, namentlich neu aufgenommener Fälle auf der Wachstation, Verdächtigungen des Personals leisten und vor häufigen, wenn auch schwächlichen Selbstmordversuchen nicht zurückschrecken. In jeder Pflegeanstalt finden sich derartige Elemente, welche die Geduld ihrer Mitkranken, die Aufopferungsfähigkeit des Personals in ungebührlicher Weise in Anspruch nehmen. Dabei erreicht man mit aller auf sie verwendeten Mühe: körperlicher Behandlung ihrer wirklichen oder angeblichen Beschwerden, Beschäftigungsversuchen, Verlegungen von einer Station zur anderen, oft noch nicht einmal so viel, dass ihre jeweilige Abtheilung vor ihnen Ruhe hat. Für solche Fälle bietet die zeitweilige Isolirung oft die einzige Möglichkeit, sie unschädlich zu machen und man kann damit in gewissem Sinne auch erzieherisch auf sie wirken. Sie verlieren nicht allen Halt, wenn sie wissen, dass es ein Mittel giebt, sie — für kurze Zeit wenigstens — an Angriffen auf ihre Umgebung oder auch auf sich selbst zu verhindern. Verfügt man auf der „unruhigen Abtheilung" auch noch über einen Schlafsaal, wie den beschriebenen, der im Bezug auf Fenster pp., einigen Schutz bietet, so kann man die wirklichen Isolirungen auch derartiger Kranker an Häufigkeit und Zeitdauer auf ein Minimum reduciren. Dass dabei eine erhebliche Verminderung der Zahl der Isolirräume stattfinden kann, beweist das Beispiel der Göttinger Anstalt.

*) Dass man auch die „Tobzellen" älterer Anstalten in freundliche Krankenräume umgestalten kann, wenn nur die Mittel vorhanden sind, beweist das Beispiel von Hildesheim, wo Gerstenberg die gänzlich veraltete Zellabtheilung der Frauenseite in einer, soweit die Verhältnisse es gestatteten, entsprechenden Weise umgeändert hat.

Mittheilungen.

— **Ueber die Benennung der Irrenanstalten.** Von verschiedenen Seiten wurde angeregt, das Wort „Irrenanstalt" durch eine andere Bezeichnung zu ersetzen. Der Name ist nicht ganz zutreffend, er ist hart und anstössig; gewiss. Es wurde aber auch gesagt: Es ist heut zu Tage nicht die Irrenanstalt mit ihrer modernen Einrichtung, die abschreckend wirkt, sondern einzig nur der Name. Das heisst denn doch die Motive gar zu sehr an der Oberfläche suchen.

Die Anstalt, in der Schreiber dieser Zeilen arbeitet, wird von den Behörden als „Irrenanstalt" bezeichnet; die Kranken wissen das; sie lesen auf manchem Brief die Adresse „Privatirrenanstalt", sie lesen gelegentlich in der Zeitung „Privatirrenanstalt etc." Sie finden es taktlos, dies Wort zu gebrauchen; eben das Wort ist ihnen anstössig, wenn es ihnen entgegentritt. Im Uebrigen machen sie sich nichts daraus, in einer sog. „Irrenanstalt" zu sein. Warum? Weil in dieser Anstalt im Allgemeinen ausser Nervenkranken nur leichtere und heilbare Fälle von Psychosen aufgenommen sind. Es ist „eigentlich keine Irrenanstalt", und der Name thut wenig zur Sache.

Andererseits, eine Anstalt, wie z. B. das Dresdener Stadt-Irren- und Siechenhaus, das ausser Geisteskranken und Epileptischen auch zahlreiche Fälle organischer Nerven- bezw. Rückenmarkskranker, inoperable Carcinomkranke u. dgl. aufnimmt, und das im Volksmunde allgemein „die Sieche" heisst, ist „eigentlich eine Irrenanstalt"; und „in die Sieche kommen" ist gleichbedeutend mit „in's Irrenhaus kommen" und „reif für Dalldorf".

Also der Name macht nicht viel aus; der Umstand, ob eine Anstalt vorwiegend für Geisteskranke auch schwerer Art bestimmt ist, ist für die Meinung der Leute ausschlaggebend. Wer kann denn auch bei ernstlicher Ueberlegung wirklich etwas anderes glauben, wo so viele triftige Gründe vorhanden sind, sich über die Ueberführung in eine Irrenanstalt zu erschrecken. Die Erkenntniss, dass die Anstalt für den Kranken nöthig, für ihn das Beste ist, dass das Leben sich dort freundlich und sogar verhältnissmässig heiter gestalten kann u. s. w., mildert die Scheu vor der Anstalt; aber es bleiben immer noch viele Gründe zu Klagen und zu Besorgnissen, die sich nicht durch glatte Worte beseitigen lassen.

Nun wird vorgeschlagen, die Irrenanstalt als Nervenheilanstalt oder Nervenklinik zu bezeichnen. Freilich, wenn eine neue Staats-Anstalt plötzlich unter solchem Namen bekannt würde, würden wohl die Kranken lieber und eher hineinkommen. Aber was wäre das andres als eine Täuschung des Publikums, die bald an's Licht kommen würde. Wie steht dann der Arzt dem Kranken gegenüber, der sich beklagt: Man hat mich statt in eine Nervenheilanstalt zu Geisteskranken gebracht!

„Warum den Geisteskranken nicht den Namen geben, für was sich die sich selbst Bewussten halten: Nervenkrank?" Man sollte diese Frage nicht für möglich halten. Denn so steht die Sache doch nicht, dass die Kranken die Geisteskrankheit schlechthin als Nervenkrankheit bezeichnen; sie thun es im Allgemeinen nur für ihre eigene Person; im Uebrigen unterscheiden sie recht wohl beide Begriffe. Und da sollen wir dem Patienten, der sich aus Mangel an Krankheitseinsicht für „nur nervenkrank" hält, seine Meinung bestätigen? Unsern Pflegern verbieten wir es doch, die Kranken ihren verkehrten Ansprüchen entsprechend zu tituliren. In garnicht seltenen Fällen ist es sogar geboten, dem Kranken zu sagen, dass er geisteskrank ist; wie sollten wir das machen, wenn Geisteskrankheit und Nervenkrankheit Synonyme wären.

Was endlich die jetzigen Nervenheilanstalten betrifft, so werden sie nach wie vor ein Interesse daran haben, sich durch eine Bezeichnung von den Anstalten zu unterscheiden, die Geisteskranke — im landläufigen Sinne — aufnehmen. Sie würden für sich und ihre Kranken eine neue Bezeichnung suchen und alles wäre wieder beim alten. Sie könnten auch wegen unlauterem Wettbewerb klagen.

Von jeher haben die Worte ihre Bedeutung von dem, was sie bezeichnen, nicht von ihrem Wortlaut. Ein Namenswechsel kann das Urtheil des Publikums über Geisteskrankheit nicht beeinflussen; dazu ist mehr nöthig. Es kann nur Aufgabe sein, den Kranken und ihren Angehörigen so viel wie möglich ein Wort zu ersparen, das sie schmerzlich berührt. Durch das Wort „Irrenanstalt" werden sie oft unnöthig vor den Kopf gestossen.

Die Benennung mit „Gehirnheil- und Pflegeanstalt" hat manches für sich, aber vielleicht noch mehr gegen sich; sie ist gar zu materialistisch, um sich allgemein einbürgern zu können. Die Privatanstalten, die sich ihre Bezeichnung selber geben, sind der Schwierigkeit seit lange dadurch begegnet, dass sie sich Anstalten „für Nerven- und Gemüthskranke" nennen. „Gemüthskrank" ist ja auch nicht ganz zutreffend; aber durch die Zusammenstellung mit „nervenkrank" wird es so verstanden, wie es verstanden werden soll. Diese Bezeichnung hat nicht das Anstössige der „Irrenanstalt" und ist seit einem halben Jahrhundert dafür im Gebrauch. —f.

— **Aus Baden.** Am 27. Juni 1902 stand in der badischen II. Kammer die Frage der Errichtung zweier neuer Landesirrenanstalten — Heil- und Pflegeanstalten — zur Verhandlung.

In einem ausführlichen Referate, das auch gedruckt vorliegt und das Interesse jedes Irrenarztes durch seine Gründlichkeit und ein tiefes Verständniss für die Aufgaben der Irrenfürsorge wie auch unseres irrenärztlichen Berufes zu fesseln geeignet ist, stellte sich der Abg. Wacker im wesentlichen auf den Boden der von der Sachverständigencommission ausgearbeiteten und von der Regierung anerkannten Denkschrift und redete in eindringlichster Weise den gemachten Anforderungen das Wort. Auch von sämmtlichen andern Rednern wurde die Bedürfnissfrage durchaus bejaht und den Forderungen der Sachverständigen beige-

stimmt, wie überhaupt für die Irrenfürsorge und die Thätigkeit der Anstalten ungetheiltes Interesse und Wohlwollen zum Ausdruck kam.

Die lokalen Wünsche einzelner Bezirke wurden zurückgestellt und die allgemein ärztlichen und psychiatrischen Gesichtspunkte für die Wahl des Ortes als ausschlaggebend anerkannt.

Schliesslich wurde die Anforderung der Regierung auf zunächst 400000 M., davon für Erstellung einer neuen Irrenanstalt bei Wiesloch (vorwiegend Pflegeanstalt für das Unterland) 390000 M. und 10000 M. zu Vorarbeiten behufs Erstellung einer neuen Irrenanstalt bei Reichenau (Heil und Aufnahme-, sowie Pflegeanstalt für die Seegegend) — beide mit dem Namen Heil- und Pflegeanstalten — vom Landtage **einstimmig** genehmigt. Allgemein war man sich klar, dass mit dieser Anfangsbewilligung zugleich die Festlegung einer Summe von ca. 8 Millionen zum Ausbau der beiden Anstalten für die künftigen Budgetperioden ausgesprochen sei. Ebenso allgemein wurde auch jetzt schon anerkannt, dass es auf diesem Gebiete keinen Stillstand gebe und die unausbleiblichen späteren Anforderungen von noch weiteren neuen Anstalten ebenso bewilligt werden müssten. So hat die Verhandlung im badischen Landtage einen für die Irrenfürsorge des Landes würdigen Abschluss gefunden und eine neue Aera der staatlichen Anstaltsfürsorge gleich würdig erschlossen.

— **München.** 27. Juni 1902. In der heutigen Plenarsitzung der bayerischen Abgeordnetenkammer wurde das Postulat für **Errichtung einer Irrenklinik an der Universität München**, von 1200000 M., einstimmig angenommen. Quod bonum, felix, faustumque!

— **Darmstadt**, den 30. Juni. Die zweite Kammer beschloss heute die Errichtung zweier neuer Irrenanstalten, einer bei Giessen im Anschluss an die psychiatrische Klinik und einer bei Alzey. —

— **Eröffnungsfeier der zweiten mittelfränkischen Kreisirrenanstalt zu Ansbach.***) **Ansbach**, 28. Juni. Auf Einladung der k. Regierung von Mittelfranken hatte sich heute Vormittag 10 Uhr im Bet- und Erholungshaus der neuen Irrenanstalt eine hochangesehene Gesellschaft eingefunden, empfangen von der Direction und der Bauleitung der Anstalt. In dem mit Blumen prächtig geschmückten Foyer des Bethauses begrüsste Regierungspräsident Dr. v. Schelling Namens der k. Regierung von Mittelfranken, sowie auch Namens der Staatsregierung, ganz speciell aber auch Namens des Ministers Dr. Freiherrn von Feilitzsch, der zu seinem eigenen Bedauern verhindert sei, der heutigen Feier beiwohnen zu können, die Erschienenen und dankte dem mittelfränkischen Landrath für sein warmherziges Verständniss für die sociale Aufgabe der Zeit, für das tiefe Mitgefühl für die Aermsten unter den Armen ihrer Kreisangehörigen und für die im Vaterlande noch nicht übertroffene Opferwilligkeit, sowie der Bauleitung und ihren Organen für ihre segensreiche Thätigkeit. Er sprach die Hoffnung aus, dass die Anstalt den Zweck, dem sie dienen soll, voll und ganz erreichen werde.

*) Siehe Seite 7, Jahrgang II dieser Zeitschrift.

Anschliessend hieran ergriff Herr Kreisbaurath Forster, der Erbauer des Ganzen, das Wort. Nach einem gedrängten Ueberblick über die Entwicklung und den Fortgang der Bauthätigkeit, der erkennen liess, mit welchen Schwierigkeiten die Bauleitung, die Zoll für Zoll die Plätze für die Gebäude dem bergigen, zähen und steinigen Boden abringen musste, zu kämpfen hatte, übergab er unter Worten warmen Dankes an die Regierung und den Landrath von Mittelfranken, an den Director der Kreisirrenanstalt Erlangen, Herrn Medizinalrath Dr. Würschmidt, an seine Unterbeamten, an die Lieferanten und Arbeiter die Anstalt dem Auftraggeber und Bauherrn, dem Kreis Mittelfranken, vertreten durch den anwesenden Landrath, zu Händen seines Präsidenten, Professor Dr. Eheberg, und bat ihn, über die Anstalt zu verfügen. Namens des mittelfränkischen Landraths übernahm Professor Dr. Eheberg die Anstalt. Schon vor sieben Jahren sei der Gedanke der Errichtung einer zweiten mittelfränkischen Kreisirrenanstalt aufgetaucht, man habe aber den mit diesem Project verbundenen ungeheueren Kosten und der dermaligen Unsicherheit auf dem Gebiet des Systems der Irrenbehandlung durch Erweiterung der Erlanger Anstalt zu begegnen gesucht; gezwungen durch die wachsende Zahl der Erkrankungsfälle sei man dennoch bald darauf zur Errichtung einer zweiten mittelfränkischen Kreisirrenanstalt gekommen. Das Project sei in seiner Ausführung nun soweit fortgeschritten, dass man heute die Anstalt nahezu vollendet der Oeffentlichkeit übergeben könne. Unter Worten der Mahnung, die Anstalt zu dem zu machen, was der Landrath von Mittelfranken von ihr erhofft, und den Kranken unter Berücksichtigung thunlichster Freiheit diejenige Pflege und Hilfe angedeihen zu lassen, die ihr bejammernswerther Zustand erheischt, übergab Redner die Anstalt ihrem ärztlichen Leiter, Herrn Direktor Dr. Herfeldt. Anschliessend an die Dankeserstattung an alle Betheiligten gab dieser einen interessanten Ueberblick über die Entwicklung der Erkenntniss geistiger Erkrankung und der Irrenpflege vom Alterthum bis zum Mittelalter, über den Verfall der Irrenpflege im Mittelalter und die zu dieser Zeit an Stelle der bereits im Alterthum bethätigten Fürsorge für Geisteskranke getretene, durch Aberglauben und Gefühlsroheit genährte, geradezu unmenschliche Behandlung der als Zauberer, böse Geister, Hexen und dergl. angesehenen Geisteskranken mittelst Peitsche, Folter und Feuer, ferner über den Aufschwung der Psychiatrie in neuer und neuester Zeit und ihren heutigen hocherhabenen Standpunkt. Mit dem Versprechen, die übernommene Pflicht nach bestem Wissen und Gewissen erfüllen zu wollen, übernahm Dr. Herfeldt die Anstalt und schloss seine Ausführungen mit einem dreifachen Hoch auf Se. k. H. den Prinz-Regenten, in das die Anwesenden begeistert einstimmten. Ein sich anschliessender Rundgang durch die Anstalt, der die Versicherungen der Bauleitung, sowie der Direktion, dass hier nichts versäumt worden sei, um jenen Unglücklichsten unter den Menschen ihre schwere Noth in jeglicher Weise zu erleichtern, mehr wie bestätigte, schloss die erhebende Feier. (Münch. Neueste Nachrichten.)

— Bei dem grossen Interesse, welches der Fall v. Münch*) in der Tagespresse in Anspruch nimmt und thatsächlich auch geniesst, glauben wir den Lesern dieser Fachzeitschrift in extenso die württembergische Landtagsverhandlung, welche erneute Anträge des Freiherrn v. Münch zum Gegenstand hatte, (nach der „Beilage zum Staatsanzeiger von Württemberg" v. 24. 6. 1902) zugänglich machen zu müssen, zumal bei dieser Verhandlung psychiatrische Gesichtspunkte von allgemeiner Bedeutung zur Sprache kamen.

Stuttgart, 21. Juni. (114. Sitzung der Kammer der Abgeordneten, vormittags 9 Uhr.)

Den Vorsitz führt Präsident Payer.

Am Ministertisch: Ministerpräsident Staatsminister der Justiz Dr. v. Breitling, der Staatsminister des Innern Dr. v. Pischek, Ministerialrath Schwab, Ministerialrath Hofmann.

Antrag der Petitionskommission zu den Eingaben des Frhrn. v. Münch auf Hohenmühringen, jetzt in Berlin.

Ref. Nieder theilt mit, dass im ganzen 7 Eingaben vorliegen, davon 2 mit Abschriften von Beschwerden an den Bundesrath und an das Reichsjustizamt; ausserdem hat der Petent 2 umfangreiche Broschüren an die einzelnen Mitglieder des Hauses gesandt. Bezüglich der 4 Eingaben aus dem Jahre 1901 beantragt die Kommission ohne weiteres Uebergang zur Tagesordnung; die Petitionen (woraus der Referent bezeichnende Stellen verliest) beweisen zweifellos, dass der Petent, der gegen alle mit ihm amtlich in Berührung kommenden Personen die maasslosesten Beschuldigungen erhebt, damals an hochgradiger Verfolgungssucht litt. Die drei neuesten Eingaben haben die Verfügung der Kreisregierung betr. die (nicht vollzogene) vorläufige Einweisung von Münchs als gemeingefährlichen Geisteskranken in eine Staatsirrenanstalt und die damit zusammenhängenden Maassregeln zum Gegenstand. Die letzte Eingabe vom 3. Mai d. J. ist veranlasst durch eine Entschliessung des Ministeriums des Innern vom 13. April d. J., wodurch die Aufhebung der vorläufigen Einweisungverfügung neuerdings abgelehnt wurde. Demgegenüber bittet der Petent um Fassung eines seinen Gesuchen um Aufhebung der Zwangseinweisung und jeder Beschränkung seines Aufenthaltsrechtes entsprechenden Beschlusses durch die Kammer. Wenn ihm nicht volle Bewegungsfreiheit zur Verwaltung seiner Güter gegeben werde, müsse er seine Verbindlichkeiten gegenüber dem Staat einstellen. Die Kommission hat von der Einsichtnahme sämmtlicher über Frhrn. v. Münch erwachsenen Akten abgesehen, da das Urtheil des Verwaltungsgerichtshofs im Zusammenhalt mit den Eingaben des Petenten und den Erklärungen des Staatsministers des Innern eine genügende Grundlage für die Entschliessung bildet. Eine Nachprüfung der Frage, ob die vorläufige Einweisung rechtlich begründet war, steht der Kammer nicht zu, da diese Frage durch die zuständigen Gerichte ordnungsmässig und rechtskräftig entschieden ist. Dagegen ist die Kammer befugt, die Zweckmässigkeit und Nothwendigkeit der polizeilichen Einweisungsverfügung zu prüfen, sowie darüber sich auszusprechen, ob die Aufrechterhaltung dieser polizeilichen Verfügung auch jetzt noch geboten ist. Die erste Frage, ob die polizeiliche Einweisungsverfügung seinerzeit mit Grund ergangen ist, bejaht die Commission. Die Polizeibehörden haben mit Recht sowohl die Voraussetzung der Geisteskrankheit als die der Gemeingefährlichkeit als gegeben erachtet. Die Kammer hat selbst im Jahr 1897 bei der Petition einer Frau, worüber seinerzeit der Abg. Kloss Bericht erstattete, die Auffassung ausgesprochen, dass fortgesetzte unbegründete Ehrenkränkungen von Personen und Behörden, gegen die wegen Geisteskrankheit des Urhebers bei den Gerichten kein Schutz zu finden ist, ein Moment der Gemeingefährlichkeit darstellen, das die Einweisung in eine Irrenanstalt rechtfertigt. Das war eine arme Frau, deren Injurien lange nicht die Bedeutung hatten wie bei Frhr. v. Münch, der seine Beschuldigungen bis an die höchsten Stellen zu bringen weiss. Referent erörtert ferner die verschiedenen Fälle von Gewaltthätigkeiten v. Münchs, wie sie aus dem Erkenntniss des Verwaltungsgerichtshofes bekannt sind. Die Neigung des Petenten zu unbegründeten Drohungen und Thätlichkeiten ist unbestreitbar; das gewohnheitsmässige Mitführen von Waffen ist bei einem Geisteskranken schon an sich eine Gefahr. Die Commission hält es daher nicht für angezeigt, wegen der polizeilichen Einweisungsverfügung bei der Staatsregierung vorstellig zu werden. Aber auch dazu sieht sich die Commission nicht veranlasst, für die Wiederaufhebung der Einweisungsverfügung bezw. für die Unterlassung der Begleitung v. Münchs durch Irrenwärter bei seinen Aufenthalten in Württemberg sich zu verwenden. Eine wesentliche Aenderung des Geisteszustandes des Petenten lassen die neuesten Eingaben nicht erkennen; v. Münch fährt fort mit schweren Beschuldigungen gegen alle möglichen Behörden, er hält alle seine früheren Handlungen noch jetzt für gerechtfertigt, ist irgend welcher Belehrung nicht zugänglich. Auch in den vielen Eingaben an das Ministerium wiederholen sich die schwersten und sonderbarsten Beschuldigungen; u. a. bezichtigt er den Staatsminister des Innern der Kuppelei (Grosse Heiterkeit), weil ein ihn begleitender Irrenwärter sich häufig mit der Köchin v. Münchs unterhalte und bereits einmal mit ihr zu Nacht gegessen habe (Heiterkeit). Von einer Aufhebung der seitherigen Bewachung haben die Medizinalbehörden entschieden abgerathen. Auch die Commission möchte die Verantwortung dafür nicht übernehmen. Allerdings hat die Commission nicht verkannt, dass es ein nicht befriedigender Zustand ist, wenn die Zivilgerichte den Frhrn. v. Münch als geschäftsfähig, die Strafgerichte als unzurechnungsfähig betrachten, wenn er in Württemberg als gemeingefährlich bewacht wird, in Preussen dagegen ungehindert verkehren kann. Allein es ist in Aussicht zu nehmen, dass dieser Rechtszustand in nicht zu ferner Zeit eine Aenderung erfahren wird, sofern bei einem der zahlreichen Prozesse, die Frhr. von Münch jetzt noch führt, seine Geschäftsfähigkeit unter Beweis gestellt worden ist. Je nachdem die Entscheidung des Gerichts ausfällt, wird das Ministerium zu einer neuen Prüfung der Internierungsfrage veranlasst sein.

*) Siehe Seite 410, 430, 458 des vorigen Jahrgangs.

Sodann hat der Minister des Innern persönlich wegen der Broschüren v. Münchs Strafantrag in Berlin gestellt, so dass jetzt auch die preussischen Gerichte über die Geisteskrankheit v. Münchs sich werden aussprechen müssen. Die Commission gelangt einstimmig zu dem Antrag, über sämmtliche Eingaben zur Tagesordnung überzugehen. (Referent sprach etwa $1\,^3/_4$ Stunden.)

Präs. Payer: Es ist während der Verhandlung eine weitere telegraphische Eingabe des Petenten eingelaufen (Heiterkeit), die ich der Commission zu Händen des Berichterstatters übergebe.

Haussmann-Balingen: Auf die Rechtsfragen, die rechtskräftig entschieden sind, will ich nicht eingehen, wenn ich auch nicht alle Entscheidungen für zutreffend halte. Hieher würden z. B. gewisse Dispensationen von den Bestimmungen des Irrenstatuts gehören. Dagegen erhebt sich mir die Frage: Lag eine Internierungsnothwendigkeit vor? Die Thätlichkeiten, die Herrn v. Münch vorgeworfen werden, sind nach meinem persönlichem Eindruck unbedeutende Fälle, im Fall Blatt kann der Gegenbeweis gegen das Vorbringen der Nothwehr nicht geführt werden. Uebrigens hat ja die Verwaltung selbst auf Reklamation der preussischen Regierung den Petenten entlassen und derselbe hält sich jetzt in anderen deutschen Staaten uninternirt auf, ohne Thätlichkeiten zu vollführen. Es ist doch ein etwas bedrückendes Gefühl: hier muss er eingesperrt werden, wo anders kann man ihn frei laufen lassen. Die zweite Frage ist: kann man jemand interniren wegen Verbalinjurien in Schriftsätzen u. dgl.? Nach meinem persönlichen Standpunkt kann ein so weit gehender Eingriff nicht auf blosse Injurien gestützt werden, solange diese Injurien nicht den Charakter einer Störung der öffentlichen Ordnung annehmen. Jedermann liest dergleichen doch mit dem Bewusstsein, einer nicht normalen Persönlichkeit gegenüberzustehen. Ausserdem liegt ja aber in der Internirung gar keine Abhilfe, die Fluth der Münchschen Eingaben hat sich seit der Internierungsverfügung eher vergrössert, und sogar aus der Anstalt heraus könnte er noch seine Eingaben machen. Das Abhilfsmittel versagt also vollständig. Ist der Zustand, der jetzt besteht, überhaupt gesetzlich richtig und haltbar? Er läuft hinaus auf die Exilirung eines Geisteskranken ausserhalb Württembergs. Ich finde nirgends, dass das Irrenstatut eine Handhabe zu einer so abnormen Behandlung giebt. Dieser Zustand ist auf die Dauer nicht haltbar, und da ist doch zu erwägen, ob es dann nicht viel bequemer für die Regierung ist, wenn wir über die letzte Eingabe — von der rede ich allein — nicht unbedingt zur Tagesordnung übergehen, sondern der Regierung Anlass geben zu einer etwas plausibleren Gestaltung der Verhältnisse. Namentlich aber wird man sich vor Parallelactionen hüten müssen, an die der Fall Hegelmaier keine glücklichen Erinnerungen zurückgelassen hat. Die Voraussetzung der Strafverfolgung ist die Zurechnungsfähigkeit, und nun erhebt dieselbe Verwaltung, die auf dem Standpunkt steht, dass bei Herrn v. Münch absolute unheilbare Geisteskrankheit vorliegt, Strafklage in Berlin! Zu indirecten Feststellungsklagen ist das Strafverfahren nicht da. Ueberweisen wir die letzte Eingabe zur Kenntnissnahme oder Erwägung, so geben wir der Verwaltung Anlass, die Angelegenheit auf ein weniger unerspriessliches Gleis zu bringen. An sich ist ja der Petent ein unglücklicher Mensch, der durch die Art seiner Eingaben sich vollends um jeden Rest von Sympathie bringt.

v. Gess: Der Antrag der Commission ist durchaus begründet. Anhaltspunkte für eine unrichtige Verfügung der Behörden sind nicht gegeben. Dass der Petent in Preussen bis jetzt keine gemeingefährlichen Handlungen begangen hat, beweisst nichts. In Württemberg hat er nachgewissenermassen eine Reihe von Gewaltthaten begangen und unzweifelhafte Spuren von Geisteskrankheit gezeigt. Die württ. Behörden waren also berechtigt, die gebotenen Massnahmen gegen ihn zu ergreifen. Dass die Zivilgerichte die Handlungsfähigkeit des Petenten anerkennen, während seine strafrechtliche Verantwortlichkeit verneint wird, ist allerdings ein fataler Zustand, lässt sich aber nicht ändern, denn wir können in die Verfügungen der Gerichte nicht eingreifen.

Ref. Nieder regt an, ob nicht behufs Commissionsberathung der neuesten Eingabe eine Pause von 10 Min. gemacht werden sollte. Präs. Payer bittet, einmal das Nöthige vorzutragen, unter Umständen könne man dann immer noch Commissionsberathung eintreten lassen. Nieder fortfahrend: Frhr. v. Münch beschwert sich in dem Telegramm, dass er beim Berichterstatter vergeblich angefragt und keinen Bescheid erhalten habe. Frhr. v. Münch hat thatsächlich telegraphisch dieser Tage von mir wissen wollen, ob bestimmt der Einweissungsbeschluss gegen ihn aufgehoben werde? Rückantwort war bezahlt. Ich habe die Antwort gegeben: die Frage könne erst nach der betr. Sitzung beantwortet werden. In einem zweiten Telegramm hat v. Münch angefragt, ob seine Sache gewiss heute verhandelt werde. Darauf habe ich erwidert, die Antwort darauf sei nicht Sache des Berichterstatters. Ich habe Bedenken getragen, bei dem Gesundheitszustand dieses Herrn dazu zu verhelfen, dass er unserer heutigen Sitzung anwohnt; es wäre schon für einen normalen Menschen keine Kleinigkeit, all das Unangenehme hier anzuhören und sich nicht rühren zu dürfen. Ich habe in dieser Sache auch dem Herrn Minister des Innern Mittheilung gemacht.

(Schluss folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).

Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 16. 19. Juli. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

Der vorige Jahrgang der Psychiatrischen Wochenschrift enthielt einen Meinungsaustausch über die Jahresberichte. Fischer hatte angeregt, den Berichten — aus leicht ersichtlichen Gründen — eine einheitliche Gestalt zu geben und hatte eine Disposition hierfür vorgelegt. In der Discussion äusserten sich die meisten Stimmen dahin, dass die Erfüllung der Fischer'schen Wünsche an sich ohne Zweifel vortheilhaft sein würde, aber voraussichtlich unmöglich sei, weil an den meisten Orten die Form der Berichte durch die vorgesetzte Behörde vorgeschrieben sei, und überdies vielfach auch die Verwaltungsbehörde selbst die Drucklegung der Berichte besorge, als Sonderabdrucke aus grösseren Verwaltungsberichten.

Man wird diesen Stimmen nicht widersprechen können. Die Möglichkeit einer einheitlichen Gestaltung der Berichte war wohl eine Illusion, die sich nicht verwirklichen lässt. Es bleibt vorläufig beim Alten, und wir müssen zusehen, wie wir das in den Berichten niedergelegte Material nutzbar machen können.

Das ist nun recht schwer. Versuchen wir die verschiedenartigen Mittheilungen der Berichte unter einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen, so stossen wir überall auf Schwierigkeiten und sehen uns bald zur Resignation verurtheilt. Wer eine bestimmte Frage statistisch bearbeiten will, dem mag es gelingen, durch vielfache Umrechnungen aus den Zahlen der Berichte herauszubringen, was er braucht. Eine allgemeine Kenntniss des Standes der Irrenpflege im Berichtsjahr vermitteln uns die Berichte aber nicht. Ein Referat darüber muss sich also darauf beschränken, an Thatsachen aus den Berichten herauszuholen, was von allgemeinem Interesse zu sein scheint. Mehr bitte ich von den folgenden Zeilen nicht zu erwarten.

Berücksichtigung haben nur die Berichte gefunden, die an der hiesigen Anstalt eingegangen sind. Für Vollzähligkeit kann daher keine Gewähr geleistet werden.

Verzeichniss der vorliegenden Berichte.

Deutschland.

Preussen.

Prov. Ostpreussen.

1. Bericht über die Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau für das Jahr 1900.

2. Bericht über die Idioten-Anstalt zu Rastenburg für die Zeit vom 1. April 1899 bis 31. März 1901.

Prov. Westpreussen.

3. Bericht über die Verwaltung der westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz für das Rechnungsjahr 1. April 1900/01.

4. Bericht über die Verwaltung der westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein für das Rechnungsjahr 1. April 1900/01.

5. Bericht über die Verwaltung der westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt für das Rechnungsjahr 1. April 1900/01.

Prov. Pommern.

6. IV. Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde für die Zeit vom 1. April 1895 bis 31. März 1900.

Prov. Posen.

7. Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Dziekanka für die Zeit vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

8. Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Owinsk für die Zeit vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

Prov. Schlesien.

9. Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg über das Jahr 1900/01.

10. Aerztlicher Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau. 1900/01.

11. Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Freiburg, Schlesien. Achter Jahresbericht (Etatsjahr 1900).

12. Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus. Aus dem Jahresbericht 1900/01.

13. Aus dem ärztlichen Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irrenanstalt zu Plagwitz für das Etatsjahr 1900.

14. Aerztlicher Bericht über das Verwaltungsjahr 1900/01 der Provinzial-Irrenanstalt Rybnik.

15. Breslau. Bericht über die Verwaltung des städtischen Irrenhauses für die Zeit vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

Prov. Brandenburg.

16. Auszug aus dem Verwaltungsbericht des brandenburgischen Provinzial-Ausschusses für 1901.

17. Verwaltungsbericht der brandenburgischen Landesirrenanstalt in Eberswalde für das Kalenderjahr 1901.

18. Verwaltungsbericht der brandenburgischen Landesirrenanstalt in Sorau N.-L. für das Kalenderjahr 1901.

19. Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin für das Etatsjahr 1900. Nr. 19. Bericht der Deputation für die städtische Irrenpflege.

20. Dritter Bericht des Vereins Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow" in Zehlendorf bei Berlin.

Prov. Schleswig-Holstein.

21. Bericht über das 80. Verwaltungsjahr der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schleswig für die Zeit vom 1. April 1900 bis ultimo März 1901.

Prov. Hannover.

22. Aerztlicher Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Göttingen für das Rechnungsjahr 1900.

23. Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim vom 1. April 1900 bis Ende März 1901.

24. Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Osnabrück für das Rechnungsjahr 1900.

25. Jahresbericht der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt für Geistesschwache zu Langenhagen bei Hannover vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

Prov. Sachsen.

26. XXVIII. Jahresbericht pro 1900 über das Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen „Zum guten Hirten" zu Hasserode bei Wernigerode.

Prov. Westphalen.*)

27. Sechsundzwanzigster Bericht über die Thätigkeit des St. Johannes-Vereins, insbesondere über die Idioten-Anstalt zu Nieder-Marsberg pro 1900.

Rheinprovinz.

28. Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten der Rheinprovinz. Rechnungsjahr pro 1900/01.

29. 1. Jahresbericht des Hülfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz. Jahrgang 1901.

30. Der Tannenhof bei Lüttringhausen. Evangelische Heil- und Pflege-Anstalt für Gemüths- und Geisteskranke. Bericht über die Entstehung und die ersten 5 Arbeitsjahre.

*) Anmerkung bei der Correctur. Erst nach Absendung des Manuscriptes erschien der Bericht über die westphälischen Provinzialanstalten Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Eickelborn, welcher daher leider nicht berücksichtigt werden konnte, obgleich er manches Interessante bringt. Ich will versuchen bei der Correctur einiges nachzutragen.

31. Dreiundvierzigster Bericht über Hephata, evangelische Idioten-Erziehungs- und Pflege-Anstalt zu M.-Gladbach vom Jahre 1901.

Prov. Hessen-Nassau.

32. Jahresbericht über die Heil- und Pflege-Anstalt Eichberg im Rheingau vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

33. Bericht über die Verwaltung der Irrenheil- und Pflege-Anstalt Weilmünster für das Rechnungsjahr vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

34. Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. vom 1. April 1808 bis 31. März 1901.

Bayern.

35. Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt Bayreuth für das Jahr 1900.

36. XV. Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt Gabersee für das Jahr 1900.

37. Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt München über das Jahr 1900.

Württemberg.

38. Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privat-Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1890. I. A. des K. Minist. des Innern herausgeg. vom K. Medicinalkollegium.

39. Vierundfünfzigster Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Mariaberg vom Jahre 1900—1901.

40. Dreiundfünfzigster Jahresbericht der Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. Remsthal 1900/01.

Sachsen.

41. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1900. Sep.-Abdr. a. d. 32. Jahresbericht des Königl. Landes-Medicinalkollegiums.

Mecklenburg.

42. Verwaltungsbericht der grossherzoglich Mecklenburgischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Gehlsheim für 1900.

43. Verwaltungsbericht der grossherzogl. Mecklenburgischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Sachsenberg für 1900.

Sachsen-Altenburg.

44. Zweiundvierzigste statistische Nachricht über das Genesungshaus zu Roda auf das Jahr 1900.

Hohenzollern.

45. Aerztlicher Jahresbericht über das Fürst Carl-Landesspital zu Sigmaringen für das Jahr 1900.

Elsass-Lothringen.

46. Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirksirrenanstalt Stephansfeld-Hördt für die Verwaltungsperiode vom 1. April 1900 bis 31. März 1901.

47. Verwaltungsbericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd für das Rechnungsjahr 1900.

Hansestädte.

48. Bericht der Verwaltung der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg vom Jahre 1900.

49. Briefe und Bilder aus Alsterdorf. 26. Jahresbericht 1901.

50. Aerztlicher Bericht über die Wirksamkeit der Krankenanstalt zu Bremen im Jahre 1900.

51. Bericht über die Wirksamkeit der Privat-Heil- und Pflege-Anstalt für Nervenleidende und Geisteskranke des Dr. med. Hermann Engelken zu Rockwinkel im Jahre 1900.

52. Jahresbericht der Vorsteherschaft der Irrenanstalt über die Verwaltung im Jahre 1900. Lübeck.

Oesterreich-Ungarn.

53. Niedernhart. Bericht über die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt für das Jahr 1900.

54. Rechenschaftsbericht der Salzburger Landesheilanstalt für Geisteskranke über das Jahr 1900.

55. Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt Valduna pro 1900.

56. Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Feldhof bei Graz, nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg über das Jahr 1900.

Zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechen-Anstalt Schwanberg.

57. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1900, veröffentlicht vom k. ung. Minist. d. Innern.

Schweiz.

58. Bericht über die kantonale Heil- und Pflege-Anstalt Friedmatt 1900.

59. Evangelische Heilanstalt „Sonnenhalde" für weibl. Gemüthskranke bei Riehen. Erster Jahresbericht 15. Okt. 1900 bis 31. Aug. 1901.

60. Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay für das Jahr 1900.

61. Achter Jahresbericht des kantonalen Asyles in Wil vom 1. Jan. bis 31. Dec. 1900.

62. Dreiundvierzigster Jahresbericht der Heil- und Pflege-Anstalt St. Pirminsberg pro 1900.

63. Rechenschaftsbericht über die Züricherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das Jahr 1900.

64. Jahresbericht der Direction und Verwaltung der Pflegeanstalt Rheinau pro 1900.

65. Zwölfter Jahresbericht der Trinker-Heilstätte zu Ellicon a. d. Thur über das Jahr 1900.

66. Jahresbericht der Privat-Heilanstalt „Friedheim", Zihlschlacht (Thurgau) 1900.

67. Jahresbericht der Thurgauischen Irrenanstalt Münsterlingen pro 1900.

68. Neunter Jahresbericht der kantonalen Irren- und Kranken-Anstalt Waldhaus pro 1900.

69. Rapport annuel. Asile de Cery 1900.

Statistisches.

In den meisten Anstaltsberichten nehmen, neben dem Kassenbericht und den ökonomischen Ergebnissen, die statistischen Mittheilungen den grössten Raum ein. So wichtig und interessant diese für die Chronik der einzelnen Anstalt sein mögen, für die Beurtheilung allgemeiner Gesichtspunkte lassen sie sich nur in recht beschränktem Umfange verwerthen. Das liegt hauptsächlich daran, dass die Aufstellungen und Berechnungen in den verschiedenen Verwaltungsbezirken unter Zugrundelegung ganz verschiedener Principien gemacht werden, sodass sie nur wenige direkt vergleichbare Ergebnisse liefern. Ich darf daher hier wohl auf eine eingehendere Darstellung der Verhältnisse verzichten und mich darauf beschränken, einige wichtigere Punkte hervorzuheben.

Die statistischen Mittheilungen über die Krankenbewegung gruppiren sich naturgemäss nach Zugang, Abgang und Bestand. In einem zweiten Abschnitte werden dann besondere Ereignisse oder Unglücksfälle zu berichten sein.

a) Krankenbewegung.

Die blosse Zahl der Aufnahmen einer Anstalt genügt nicht, um sich über die Morbidität ihres Aufnahmebezirkes ein Bild zu machen; man müsste dazu mindestens noch die Gesammtzahl und Art der Bevölkerung des Bezirkes kennen. Und eine eventuelle Zu- oder Abnahme der Aufnahmeziffer gegen die Vorjahre kann so verschiedenartige Ursachen haben, dass auch damit nicht viel anzufangen ist.

Was das Geschlecht der Aufnahmen angeht, so überwiegt in der grossen Mehrzahl der Anstalten das männliche an Zahl ganz bedeutend (z. B. Breslau 499 M., 241 F., Eberswalde 151 M., 111 F., Eichberg 111 M., 58 F.). An einigen sind die Unterschiede geringer oder verschwinden ganz (z. B. Owinsk 68 M., 62 F., Sachsenberg 58 M., 58 F., Stephansfeld 150 M., 161 F.). Endlich findet sich an einer kleinen Anzahl von Anstalten das umgekehrte Verhalten, ein beträchtliches Ueberwiegen der weiblichen Aufnahmen (Freiburg i. Schl. 39 M., 90 F., Niedernhart 245 M., 288 F.). Den Ursachen dieser Erscheinung nachzugehen, wäre gewiss interessant; doch können natürlich die nackten Zahlen der Berichte darüber keine Anhaltspunkte ergeben; es bedürfte dazu spezieller Erhebungen.

Hinsichtlich des Lebensalters, in dem die Krankheit zuerst in die Erscheinung tritt, findet sich allenthalben die bekannte Thatsache bestätigt, dass das rüstigste Alter, etwa vom 20.—40. Lebensjahre, bevorzugt ist. Die Uebereinstimmung ist so gross, dass es überflüssig ist, Zahlen herzusetzen. Viele Berichte geben übrigens nicht das Alter zur Zeit der Erkrankung, sondern das zur Zeit der Aufnahme an, und da reicht denn naturgemäss das bevorzugte Alter etwas höher hinauf, etwa bis 50. Das höhere Lebensalter (über 70) ist allenthalben nur mit kleinen Zahlen vertreten. Das rührt natürlich davon her, dass überhaupt die Zahl der in diesem Alter Lebenden eine geringe ist. Würde man hier Verhältnisszahlen einsetzen können, so ergäbe sich wohl ein wesentlich anderes Bild.

In einigen Berichten wird die Vertheilung der Erkrankten auf die verschiedenen Berufe tabellarisch dargestellt. Da es sich um öffentliche Anstalten handelt, deren Kranke zum weitaus grössten Theil den unbemittelten Bevölkerungsschichten entstammen, so ist es natürlich, dass die Arbeiter und kleinen Handwerker an Zahl weitaus voranstehen.

Die Vertheilung der Aufnahmen nach Jahreszeiten, über welche viele Berichte ebenfalls Tabellen bringen, bietet wenig charakteristisches; die geringen Schwankungen scheinen meist auf Zufälligkeiten zu beruhen, was sich ja bei der kurzen, meist nur einjährigen Berichtszeit kaum vermeiden lässt. Bayreuth bringt eine Zusammenstellung über 30 Jahre, nach welcher der Mai die meisten Aufnahmen lieferte, an zweiter Stelle Juni und Juli.

Auf die Krankheitsformen der Aufgenommenen, welche natürlich ebenfalls in den meisten Berichten eingehende Berücksichtigung finden, hier näher einzugehen, scheint mir ganz nutzlos, solange es uns an einer einheitlichen Systematik und Nomenclatur fehlt. Da fast jeder Bericht andere Krankheitsnamen wählt, und unter den gleichen Namen die verschiedensten Dinge verstanden werden, lassen sie einen direkten Vergleich miteinander nicht zu. Am ehesten wäre es noch da möglich, wo man sich an die Nomenclatur der statistischen Zählkarten hält. Aber einmal thut dies doch nur ein kleiner Theil der Berichte, und dann sind diese Bezeichnungen auch so unwissenschaftlich, dass sich nicht viel damit machen lässt.

Die einzige Thatsache von allgemeinerer Bedeutung, welche sich aus diesen Zusammenstellungen ergiebt, ist eine beträchtliche Zunahme der Paralyse

welche freilich auch nicht allenthalben beobachtet worden ist. Eberswalde hatte in den Jahren 77 bis 83 pro Jahr 18,8 (16,8 M., 2,0 F.) Paralysen, 84—92 durchschnittlich 30,7 (25,6 M., 5,1 F.), jetzt dagegen schon 49 (41 M., 8 F.). Dalldorf hat 244 paralytische Männer, 96 paralytische Frauen aufgenommen, im Ganzen 28,8 % seiner Aufnahmen. In Frankfurt ist keine Zunahme, auf dem Sonnenstein sogar wieder eine geringe Abnahme konstatirt worden; immerhin haben beide eine recht hohe Procentzahl. In Zschadrass ist dagegen wieder die Zunahme sehr stark, unter den männl. Aufnahmen waren dort 44,44 % Paralytiker. In Stephansfeld betrug diese Procentzahl bei den Männern 25,0 %, bei den Frauen 6,2 %, während vorher in 28jährigem Durchschnitt 16,8 % M. und 4,5 % F. Paralytiker waren. Der ungarische Bericht hebt besonders die erschreckende Zunahme der weiblichen Paralyse hervor. Auch in der Friedmatt ist das gleiche beobachtet worden.

Eine alte Klage ist es, dass so selten die Kranken frühzeitig in die Anstalt gebracht werden, dass man sie vielfach solange wie möglich draussen hält, erst alles mögliche andere mit ihnen versucht, und die Anstalt schliesslich als ultimum refugium dienen muss, wenn es gar nicht mehr anders geht. Nach der vergleichenden Zusammenstellung im Württembergischen Bericht hat es den Anschein, als wenn hierin eine allmähliche Besserung zu verzeichnen wäre. Die im ersten Monat der Erkrankung zur Anstalt Gebrachten betrugen dort in den Jahren 77 bis 94 durchschnittlich 16,9 % der gesammten Aufnahmen, und nach mehrfachen Schwankungen in den nächsten Jahren hob sich diese Zahl im Jahre 99 auf 29,5 %. Im ersten Vierteljahr der Erkrankung kamen in den Württemberger Anstalten sogar 47,0 % des Zugangs zur Aufnahme.

In anderen Anstalten sind aber die Zahlen keineswegs immer so günstig. In Ueckermünde ergiebt die Zusammenstellung über die 5jährige Berichtszeit unregelmässige Schwankungen, aber keine Tendenz zur fortschreitenden Besserung. Ferner kamen, um nur wenige Beispiele zu nennen, in Gabersee 29,8 % der Aufnahmen im 1. Monat, und das scheint ein verhältnissmässig schon recht hoher Procentsatz zu sein; in München waren es nur 18,5 %, in Rybnik unter 192 Aufnahmen nur 17, in Stephansfeld-Hördt 40 unter 315. Eine Vermehrung der Beispiele ist wohl nicht mehr nöthig; man sieht, es sind wenige, die frühzeitig kommen. In den Grossstädten verschiebt sich das Verhältniss wesentlich durch die grosse Zahl der Alkoholdeliranten, welche dort sehr frühzeitig zur Anstalt gebracht werden. Als Beispiel sei nur Frankfurt genannt, wo für das Jahr 1900/01 allein 68 Fälle von „Intoxications-Psychosen" aufgeführt werden, die in den ersten 7 Tagen zur Aufnahme kamen.

Ob eine frühzeitige Aufnahme wirklich die Prognose verbessert, bezweifelt Ueckermünde: „Im Interesse der Kranken ist der Mangel rechtzeitiger sachverständiger Behandlung immer zu beklagen; die Frage aber, ob wirklich die Prognose sich um so mehr bessert, je früher die Aufnahme erfolgt, darf, obwohl die Bejahung als ständige Phrase in den meisten Jahresberichten wiederkehrt, nach dem Studium der Ursachen und des Verlaufs der Seelenstörungen, in der Kraepelin'schen Darstellung, keineswegs als entschieden angesehen werden".

Eberswalde dagegen vertritt energisch den entgegengesetzten Standpunkt: „Je frühzeitiger die Aufnahme der Geisteskranken in die Anstalt erfolgt, desto grösser die Aussichten auf Genesung und Besserung, ist ein altbewährter Erfahrungssatz, der sich immer von neuem bewahrheitet".

Das ist leider wieder nur eine Behauptung; so gern wir deren Richtigkeit anerkennen möchten, es fehlt der Beweis, der auch wohl kaum mit Sicherheit zu erbringen ist; denn das dürfte einleuchten, dass er kein ausschliesslich statistischer sein darf. Wie oft erleben wir es, dass frisch Erkrankte ganz früh zur Anstalt gebracht werden, dass wir nach der Krankheitsform eine günstige Prognose stellen, und die Kranken dann doch verblöden. Und umgekehrt, wie viele Kranke werden gegen unsern dringenden Rath aus der Anstalt fortgenommen und werden zu Hause unter den ungünstigsten Verhältnissen doch gesund. Solche Erfahrungen beweisen zwar noch nichts, sprechen aber doch zu Gunsten der Ueckermünder Auffassung.

Bei Gelegenheit der Besprechung der Aufnahmen bringen die meisten Berichte auch tabellarische Zusammenstellung über das Vorkommen von erblicher Belastung. So interessant und wichtig dies Kapitel ist, es scheint mir richtiger, hier gar nicht darauf einzugehen. Es sind eben auch hier wieder so verschiedene Eintheilungsprincipien und Nomenclaturen zu Grunde gelegt, dass die Angaben sich nicht unter einen Hut bringen lassen. Das einzige, allgemein gültige Resultat, das sich gewinnen liesse, wäre procentuale Berechnung, bei wie vielen von den Aufgenommenen überhaupt erbliche Belastung nachgewiesen ist. Und das ist werthlos; denn wenn irgendwo, so erheischen in dieser Frage die verschiedenen Krankheitsgruppen gesonderte Betrachtung.

Zudem wäre eine solche Besprechung sehr ungenau. In fast allen Berichten findet sich eine nicht

geringe Zahl von zweifelhaften Fällen, und Ueckermünde illustrirt die Mangelhaftigkeit der gelieferten anamnestischen Angaben recht drastisch durch die Beobachtung, dass die Eltern von Kranken bei Besuchen als schwachsinnig oder verrückt erkannt wurden, obwohl im Fragebogen ihre geistige Gesundheit versichert worden war. Als hübsches Curiosum wird von dort auch mitgetheilt, dass einmal als erbliche Belastung die Geisteskrankheit der Schwiegermutter angeführt wurde!

Ehe wir die Besprechung der Aufnahmen verlassen, sei noch erwähnt, dass die Anstalten Weissenau und Zwiefalten ihres Charakters als reine Pflegeanstalten entkleidet und mit Aufnahmebezirken bedacht worden sind. (Fortsetzung folgt.)

„Schutz des Publikums vor den Psychiatern."

Einige Worte zu Dr. Pfausler's Artikel.

Von Dr. *J. Salgó*, Primararzt und Docent in Budapest (Lipotmezö).

Ich bin mir voll bewusst, dass ich mich dem Vorwurfe, ein Reactionär zu sein, aussetze, und möchte doch die wenigen Bemerkungen nicht unterdrücken, die der Artikel des Collegen Dr. Pfausler in Nr. 7 vom l. J. dieser Zeitschrift vielleicht nicht nur bei mir auslöst. Die Frage des Schutzes der Geisteskranken oder sagen wir: „des Schutzes des Publikums vor den Psychiatern" ist wichtig genug, dass sie auch von uns Fachärzten sine ira et studio verhandelt werde, vor allem aber ohne Voreingenommenheit und ganz besonders ohne Empfindlichkeit. Denn es handelt sich nicht nur um den Schutz des Publikums vor den Psychiatern, sondern auch umgekehrt, um den Schutz der Psychiater vor dem Publikum.

Ich gehöre, was das Urtheil der sog. „öffentlichen Meinung" über Irrenärzte betrifft, nicht gerade zu den Aengstlichen. Im Allgemeinen haben wir ja vielen Grund, damit unzufrieden zu sein. Und wenn wir auch wissen, dass dieses nicht eben günstige Urtheil über Irrenärzte im Allgemeinen, und über Irrenanstaltsärzte im Besonderen ein Vorurtheil ist, welches zum grösseren Theil aus Unwissenheit, zum kleineren aber sicher aus Misstrauen und Bosheit entspringt, so besteht dieses Urtheil doch nicht minder und bedarf deshalb einer erhöhten und ganz objectiven Aufmerksamkeit. Mit der einfachen sittlichen Entrüstung und dem Stolz der Ehrlichkeit ist dem Vorurtheile sicher nicht beizukommen.

Worum handelt es sich eigentlich?

Es handelt sich im Wesen darum, das Urtheil über ein Individuum, das in eine Irrenanstalt wegen Geisteskrankheit gebracht wurde, pro foro externo von den Anstaltsärzten je unabhängiger zu gestalten. College Pfausler meint nun: wer könnte darüber, ob ein Anstaltspflegling krank oder gesund ist, richtiger urtheilen als der „erprobte und vollkommen befähigte" Anstaltsarzt, dem ausser seiner Erfahrung auch noch die fortgesetzte Beobachtung des betreffenden Individuums zur Verfügung steht? Er meint mit Recht, dass das Urtheil von fallsweise zugezogenen Aerzten, denen überdies etwa noch die nöthige psychiatrische Vorbildung fehlt, nicht zuverlässiger sein könne, ob mit oder ohne unterlegte Krankengeschichte. Ich gehe noch weiter und sage: selbst das Urtheil fachmännisch vorgebildeter Gerichtsärzte, denen die Kranken zur kurzen Untersuchung vorgestellt werden, kann nicht so zutreffend sein, wie das der behandelnden Anstaltsärzte. Und doch komme ich zu ganz entgegengesetztem Schlusse — im Interesse der Anstaltsärzte und in dem der Kranken.

Ich kenne aus eigenem Dienstverhältnisse den Vorgang der Untersuchung in den niederösterreichischen Anstalten, wo psychiatrisch geschulte Gerichtsärzte die Kranken behufs Feststellung ihres Geisteszustandes zum Zwecke der Curatelsverhängung untersuchen. Ich kenne ihn an der Stätte meiner derzeitigen Wirksamkeit, wo der Director der staatlichen Anstalt ganz selbständig das Gutachten abgiebt, auf Grund dessen das Curatelsverfahren eingeleitet wird. In beiden Fällen sind es demnach amtlich geaichte Irrenärzte, die das Gutachten abgeben. Ich muss gestehen, dass weder das eine noch das andere Verfahren mich selbst befriedigt, noch weniger kann es die grosse Oeffentlichkeit befriedigen. Womit ich nicht behaupten will, dass psychiatrisch ungeschulte Exploratoren Grund zu grösserer Befriedigung geben würden.

Dass das Gutachten des Anstalts-Directors allein und für sich zur Curatelsverhängung genüge, wird, die grösste Befähigung und die bindendsten Eide vorausgesetzt, wohl Niemand behaupten. Besehen wir doch die Angelegenheit näher. Die Entziehung aller bürgerlichen Rechte, wie es die Curatelsverhängung ist, ist ein Gerichtsverfahren mit den schwersten Folgen für das Individuum. Jedes andere Verfahren

gegend irgend Jemand von so schwerwiegenden oder auch geringeren Consequenzen ist von zahlreichen Cautelen umgeben; das Recht der freien Entschliessung und Verfügung, das Recht der persönlichen Freiheit gegen etwaige richterliche Ueberhebung, gegen Irrtümer der Justiz ist von Schutzwällen verschiedener Instanzen geschützt. Und das mit vollem Rechte. Denn im Allgemeinen sind alle gesetzlichen Verfügungen besser ausgedacht als ausgeführt. Das liegt in allen menschlichen Institutionen, deren Feststellung und noch mehr deren Ausführung niemals frei sein kann von den Fehlern, die den Menschen anhaften.

Wir wollen hier gar nicht an die mala fides denken, obwohl es auch schlechte Menschen geben kann. Und es wäre im höchsten Grade zu verwundern, wenn gerade das grosse Corps der Psychiater keinen fehlerhaften Menschen in historischer Zeit besessen hätte. Wir wollen aber annehmen, dass ein solcher nie existirte. Wir müssen aber das Gleiche von den Gerichtspersonen voraussetzen; denn was dem einen recht, ist dem Andern billig. Haben wir noch niemals von Rechtsirrthümern gehört? Ist es wirklich nie vorgekommen, dass in einer einzigen Rechtssache viele Gerichtspersonen und Instanzen grob geirrt haben? Es ist vorgekommen und wird immer vorkommen.

Und nun entsteht die Frage: Ist es vorgekommen, dass ein Irrenarzt oder ihrer mehrere in zweifellos gutem Glauben und ohne denkbares persönliches Interesse jemanden für unheilbar geisteskrank erklärt haben, der im weiteren Verlaufe völlig geheilt erschien? Jeder erfahrene Irrenarzt wird solche Fälle kennen. Und ist es weiter vorgekommen, dass sehr erfahrene Fachmänner über den gleichen Fall völlig verschiedener Meinung waren; so verschieden, dass die einen denselben für unheilbar krank, die andern für vollständig gesund hielten und erklärten? Es ist vorgekommen. Es geht nun gewiss nicht an zu sagen, dass nur die Krankheitserklärung in allen Fällen die richtige und wahrheitsgemässe sei. Denn wir setzen von beiden Gutachten die fachgemässe Begründung und die bona fides voraus.

Wenn dem nun so ist, hat man wohl Grund zu sagen, dass das Gutachten des Anstaltsdirectors zur Verhängung der Curatel, d. h. zur Vernichtung einer Individualität ganz ungenügend sein muss.

Aber die Untersuchung durch gerichtlich bestellte und geschulte Aerzte macht die Sache keineswegs besser oder doch nicht einwandsfrei. Wer den Hergang in seinem ganzen summarischen und durch die Gewohnheit stumpf und oberflächlich gewordenen Verlaufe kennt, wird mir beistimmen. Zunächst ist es die Kürze der Untersuchungszeit, die dem einzelnen Kranken zugestanden werden kann, die ein zweifelloses und unanfechtbares Urtheil über den Geisteszustand eines Individuums wenig wahrscheinlich macht. Der Einwurf, dass den Gerichtsärzten eine Wiederholung der Untersuchung freisteht, ist kaum stichhaltig. Mehrere kurze Untersuchungen wiegen eine langdauernde an Genauigkeit und Verlässlichkeit nicht auf, speciell nicht in Fällen psychiatrischer Natur. Diese lange fortgesetzte Untersuchung kann aber von den Gerichtsärzten nicht geleistet werden und sind diese deshalb auf das Beobachtungsergebniss des Anstaltsarztes angewiesen. Und so sind wir wieder dort, dass eigentlich die Anstaltsbeobachtung das Substrat für das gerichtliche Urtheil giebt, und die gerichtsärztliche Untersuchung giebt nur die Flagge ab, unter welcher das Verfahren weiter fortgeführt wird. Die denkbaren Fälle sind nun die, dass entweder die Gerichtsärzte vertrauensvoll sich auf die Angaben der Anstaltsärzte stützen und deren Urtheil sich zu eigen machen —, dass also wieder nur die Meinung der Anstalt die Curatelsverhängung herbeiführt, oder dass die Meinungen der Anstalt und die der Gerichtsärzte einander diametral gegenüber stehen, und der Kranke es ist, auf dessen Rücken diese Meinungsdifferenz ausgefochten wird.

Es bedarf natürlich keiner weiteren Beweisführung, dass psychiatrisch ungeschulte, vom Gerichte bestellte sog. Sachverständige die Sache nicht besser machen können. Es ist gewiss nicht anzunehmen, dass sie, was Gewissenhaftigkeit und Fachkundigkeit betrifft, ein richtigeres und verlässlicheres Urtheil abgeben werden. Und es entsteht nun die Frage, was denn wohl zu veranlassen wäre, um ein nach jeder Richtung einwandfreies Verfahren zu ermöglichen? Und hier angelangt, muss ich gestehen, dass ich seit Langem nicht begreife, wie und warum diese Frage eine psychiatrische werden konnte? Es bleibt mir unerfindlich, warum gerade die Psychiatrie diejenige medizinische Disciplin sein soll, welche sich den Kopf der Jurisprudenz zerbricht? Man muss es an und für sich als ein Unglück oder doch mindestens als eine fatale Complication bezeichnen, dass mit der Frage der Geisteskrankheit die der zwangsweisen Detenirung des Kranken und seiner Entmündigung so unlösbar verknüpft erscheint. Und mir will es scheinen, dass diese Verknüpfung nicht für alle Fälle nothwendig und unerlässlich ist. Sie wird auch, soweit die neueren Bestrebungen der Behandlung und Verpflegung der Geisteskranken erkennen lassen, nicht aufrecht zu halten sein, — und das wird der Entwicklung der

psychiatrischen Disciplin und den Kranken in gleicher Weise zu statten kommen.

Aber heute schon kann gesagt werden, dass es dem Arzte, der Geisteskranke zu behandeln und nur zu behandeln hat, doch völlig gleichgültig sein kann, in welcher Form ein zuständiges Gericht die Frage der Entmündigung im gegebenen Falle zu entscheiden für gut und ausreichend befindet. Denn endlich sind diese Entscheidungen doch rein juristischer Natur und können und sollen nur von Juristen geleistet werden. Und wenn eine Gesetzgebung fände, dass zur Entmündigung eines Menschen die einfache richterliche Ueberzeugung genüge, die der Richter sich etwa durch Zeugenaussagen oder durch eigenen Augenschein verschaffen könne, so wäre es gewiss nicht Sache der Psychiatrie, sich gegen das Gesetz aufzulehnen. Das Entmündigungsverfahren müsste nur ein ordentliches Prozessverfahren werden, in welchem die Meinung des Psychiaters einfach den Werth einer Zeugenaussage besässe. Im Wesen ist dies ja auch heutzutage der Fall. Der Richter ist ja auch derzeit nicht an das psychiatrische Gutachten gebunden und es werden vielen Collegen Fälle bekannt sein, in welchen für die richterliche Entscheidung nicht die Meinung der designirten Gerichtsärzte, sondern die des bei der Untersuchung anwesenden Landesgerichtsraths-Secretärs massgebend war. Ich sehe darin keine Kränkung oder Herabsetzung des einzelnen Irrenarztes oder des ganzen Standes. Für die richterliche Entscheidung trägt ausschliesslich der Richter die volle Verantwortung; es geht deshalb nicht an, ihm den Weg und die Mittel vorzuschreiben, den er gehen und die er benützen muss, um zur Decision zu gelangen.

Es ist ebenso bezeichnend wie bedauerlich, dass einzig und allein die Psychiatrie sich eine eigene forensische Nebendisciplin geschaffen hat und von einer „forensischen Psychiatrie" spricht, während es doch weder eine solche Chirurgie, Gynäcologie oder eine andere medizinische Wissenschaft giebt. Dadurch hat man der Irrenheilkunde viel mehr an Ernst und Concentration genommen, als sie an Ansehen und Achtung gewinnen konnte. Die meisten Angriffe und herabsetzenden Vorurtheile, denen die Psychiatrie überall ausgesetzt ist, stammen aus der Verballhornung der rein ärztlichen Wissenschaft mit juristischen Begriffen, die in Verkennung der wirklichen Aufgaben der Irrenheilkunde hie und da geübt wird. Schon zeigt sich auf psychiatrischem Gebiete eine wünschenswerthe Umkehr zum mindesten in strafrechtlichen Fällen. Es mehren sich die Psychiater, die die Beantwortung der Frage nach Zurechnungsfähigkeit und freier Willensentschliessung bei criminellen Handlungen Geisteskranker ablehnen. Denn endlich muss es doch einleuchten, dass weder die Zurechnungsfähigkeit, noch die freie Willensentschliessung einer medizinischen Untersuchungsmethode zugänglich sind, und daher vernünftigerweise nicht Gegenstand eines ärztlichen Urtheils sein kann. Der Fall ist ja denkbar, dass eine metaphysische oder juridische Zurechnungsfähigkeit und freie Willensentschliessung auch einem Geisteskranken zugestanden wird, ohne dass die Psychiatrie, so weit sie sich mit diesen Begriffen pro foro interno beschäftigen will, ein solches Urtheil als richtig anerkennen müsste. Und ebenso kann es mit dem Begriffe der Dispositionsfähigkeit geschehen. Für die Psychiatrie resp. für die Irrenärzte würde sich aus alledem ergeben, dass sie unbeschadet ihres Ansehens und ohne jede Empfindlichkeit ruhig zusehen könnte, wie das richterliche Forum die ihm obliegenden Pflichten gegenüber den Geisteskranken erfüllt. Für den „Schutz der Psychiater gegen das Publikum" wäre völlige Leidenschaftslosigkeit in diesen Dingen sicherlich vortheilhafter. Denn selbst in einer viel weiter fortgeschrittenen Disciplin, als es die Psychiatrie heute noch ist, und bei viel durchdringenderer Kenntniss der beobachteten Krankheitsprozesse ginge ein beabsichtigter Schutz der Kranken in allen um sie herum auftauchenden Rechtsfragen weit über die zulässigen Grenzen der Aufgaben eines behandelnden Arztes und überschritte um ein Bedeutendes jene Humanität, die vernunftsgemäss vom Arzte verlangt werden kann und die der Arzt selbst sich als Richtschnur seines Handelns ausstecken darf. Der Psychiater leistet seinen Kranken vollkommen ausreichende Dienste, und er erfüllt die ihm zugemessenen Pflichten vollauf, wenn er, soweit es an ihm liegt, den Kranken der Heilung zuführt oder doch seinen Zustand, soweit es geht, erträglich gestaltet; er dient seiner Wissenschaft am besten, wenn er die Resultate seiner Erfahrungen und die Ergebnisse der Forschung wieder zur Herstellung der Kranken verwendet. Die Erledigung der an die Geistesstörungen ohne unser Hinzuthun und ohne unsere Stimme geknüpften juridischen Fragen aber überlassen wir ohne jede Minderung unseres Selbstgefühls den Kreisen, die es angeht.

Mittheilungen.

— **Douzième congrès des médecins aliénistes et neurologistes.** Session de Grenoble.

Programm.

Vendredi 1er août. — 9 heures: Séance solennelle d'ouverture du Congrès, à l'Hôtel de ville. — 10 h. 1/2: Visite du Musée-Bibliothèque. — 2 heures: Séance à l'Ecole de médecine. Installation du bureau. — Discussion de la 1re question du programme: Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur: M. Lalanne, de Bordeaux. — 8 heures: Réception à l'Hôtel de ville.

Samedi 2. — Séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 2e question: Les tics en général. Rapporteur: M. Noguès, de Toulouse. — 2 heures: Continuation de la discussion; communications diverses; désignation du siège du prochain Congrès et élection du président. — Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 3. — Excursion à La Mure. Retour en voiture par les lacs de Laffrey.

Lundi 4. — Visite de l'asile de Saint-Robert. — 8 h. 1/2: Visite de la ferme. — 10 heures: Visite de l'asile. — Déjeuner offert par le Conseil général. — 2 heures: Séance à l'asile: communications diverses.

Mardi 5. — 9 heures: Séance à l'Ecole de médecine. — Discussion de la 3e question: Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur: M. Ernest Dupré, de Paris. — 2 heures: Communications diverses.

Mercredi 6. — Départ de Grenoble en chemin de fer pour la Grande-Chartreuse par Voiron et Saint-Laurent-du-Pont. — Visite de la fabrique de liqueurs à Fourvoirie, — Déjeuner à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — 2 heures: Départ pour le couvent. — Visite du couvent et séance: communications diverses. — (Les dames ne sont pas admises à l'intérieur du monastère.) — Excursion très facile et facultative à Notre-Dame-de-Casalibus et chapelle de Saint-Bruno. — Retour et coucher à Saint-Pierre-de-Chartreuse.

Jeudi 7. — Excursions au choix: 1° Ascension au Grand-Som (2,033 mètres d'altitude). Se munir de bonnes chaussures ferrées; 2° Excursion facile au habert de Malamille. Vu les nombreux sous-bois et lointains, MM. les amateurs photographes feront bien de se munir de plaques orthochromatiques. — Déjeuner général à Saint-Pierre-de-Chartreuse. — Fin du Congrès. — Retour en voiture à Grenoble par le Sappey. — (Si un certain nombre de congressistes le désirent, une excursion aura lieu le vendredi 8 à Bourg-d'Oisans, point de départ de nombreuses excursions dans la haute montagne). Ant. Ritti.

— **Die neue Landes-Irrenanstalt in Wien.** Wie bekannt, stand der Landesausschuss über Auftrag des Landtages mit dem Aerar, dem Wiener Krankenanstaltsfonds und der Gemeinde Wien in Unterhandlungen bezüglich der Abtretung der Landes-Irrenanstaltsrealität im 9. Bezirk zum Zwecke des Neubaues von medicinischen Unterrichtskliniken; die Verhandlungen zur Erlangung von Gründen für den Bau der neuen Irrenanstalt sind abgeschlossen und die Vertragsbestimmungen bereits stipulirt. Die neue Irrenanstalt wird auf einer gegen den Galitzynberg sanft ansteigenden Höhe liegen. Um den modernen Anforderungen der Irrenpflege einer Grossstadt zu entsprechen, werden auf dem vom Lande erworbenen Grundcomplex drei Anstalten zu errichten sein, und zwar: eine Heilanstalt mit 800 Betten, eine Pflegeanstalt mit 900 Betten und ein Pensionat mit 300 Betten, also insgesammt Unterkunft für 2000 Kranke. Die Direction der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt, welche beauftragt wurde, ein Programm für die neue Anstalt auszuarbeiten, hat dasselbe bereits fertiggestellt und ein sechsgliedriges Comité, bestehend aus den Herren Landesinspector Gerényi, Landesbaurath v. Boog, Rechnungsrath Bertgen, den Directoren Dr. Tilkowsky und Dr. Krayatsch und Primararzt Dr. Starlinger, stellte die Organisation der neuen Anstalt fest. Bereits in den nächsten Tagen wird sich der niederösterreichische Landtag mit der diesbezüglichen Vorlage zu beschäftigen haben.

— **Württembergische Landtagsverhandlung über den Fall v. Münch.** (Fortsetzung.)

Frhr. v. Münch beklagt sich weiter, dass ihm vom Ministerium die Hieherkunft bei Androhung der Einweisung verboten worden sei; infolge dessen sei er nicht im Stande, etwaigen sich interessirenden Abgg. weitere Mittheilungen und Acten zu geben. Schliesslich theilt er mit, dass er soeben von der Staatsanwaltschaft Berlin eine Zuschrift erhalten, dass die Voruntersuchung gegen ihn in Sachen der Klage des Herrn Ministers des Innern keinen Beweis für seine (v. Münchs) Unzurechnungsfähigkeit ergeben habe, der Prozess werde also seinen Lauf nehmen. — Referent glaubt, es genüge, dass er das zur Kenntniss des Hauses bringe.

Staatsminister des Innern Dr. v. Pischek: Fürchten Sie nicht, dass ich auf alle die Eingaben des Frhr. v. Münch im Detail eingehe. Es liegt mir nur ob, kurz zu antworten auf die Bemängelungen, die der Herr Abg. von Balingen gegenüber dem von dem Ministerium eingehaltenen Verfahren vorgebracht hat.

Er hat die Dispensation von der Erstattung des oberamtsärztlichen Gutachtens, welche das Ministerium ausgesprochen hat, angefochten, aber erklärt, er wolle selbst nicht auf diese rechtliche Frage sich einlassen, nachdem der Verwaltungsgerichtshof erkannt habe. Auch ich möchte bezüglich der Voraussetzungen und Grenzen der Befugniss zu Dispensationen von allgemeinen Vorschriften nur kurz bemerken, dass meines Erachtens zweifellos jede Behörde eine Dispensationsgewalt insoweit hat, als sie zur Erlassung der Anordnungen, von welchen dispensirt werden soll, berufen ist. Das Ministerium kann also von einem Gesetz nicht dispensiren, weil das Ministerium ein Gesetz nicht erlassen kann; aber es kann von einer Verfügung, die es selbst erlassen hat, nach der, wie ich glaube, übereinstimmenden Anschauung der Rechtslehrer im einzelnen Fall dispensiren, es kann eine

von ihm erlassene Verfügung ad hoc ausser Wirkung setzen, wenn hiezu ein genügender Anlass vorliegt. Dass ein solcher hier vorgelegen ist, da es gar keinen Sinn gehabt hätte, den Oberamtsarzt von Horb, der den Frhr. v. Münch nicht kannte und nicht beobachtet hatte, zu einem Gutachten zu veranlassen, nachdem die bewährtesten Psychiater und das Medizinalkollegium sich über seinen Geisteszustand auf Grund eingehender Beobachtung ausgesprochen hatten, scheint mir wenigstens einleuchtend zu sein. — Der Herr Abg. von Balingen ist dann auf die Frage der Gemeingefährlichkeit eingegangen. Dass Frhr. v. Münch ein Kranker ist, wird von keiner Seite in Frage gestellt, und ich kann in dieser Richtung sagen, dass auch die preussische Regierung davon ausgeht, dass Frhr. v. Münch geisteskrank oder wenigstens nicht normal veranlagt ist. Eine besondere Frage ist aber die, ob er gemeingefährlich ist. Diese Frage ist in der That weniger zweifellos, wie ich ohne weiteres zugebe. Der Herr Abg. Haussmann betont, wenn der Kranke nicht zu Gewaltthätigkeiten vorgehe, sondern sich nur in Verbal-Injurien ergehe, sei die Einsprechung in eine Anstalt nicht anzuerkennen. Ich stehe meinestheils auf einem andern Boden; ich glaube, dass es ein durchaus unbefriedigender und unhaltbarer Zustand wäre, wenn selbst masslosen und unausgesetzten Beleidigungen gegenüber, welche ein Geisteskranker verübt, keine Remedur möglich sein sollte. Entweder muss ein solcher Mann bestraft werden können; wenn aber die Gerichte ihrerseits ihn für unzurechnungsfähig erklären und damit aussprechen, dass er nicht bestraft werden könne, so muss nach meinem Rechtsgefühl der Angegriffene ein anderes Mittel haben, sich dagegen zu wehren. Auf diesen Standpunkt hat sich auch die Kammer gestellt in dem Fall einer Frau von Gablenberg, wie der Herr Berichterstatter verlesen hat. Hier ist ausdrücklich ausgesprochen worden, dass dem Angegriffenen ein Schutz gegen solche Beleidigungen und Beschimpfungen zu Gebot stehen muss. Im vorliegenden Fall kommt überdies in Betracht, dass es sich nicht ausschliesslich um Verbal-Injurien gehandelt hat, sondern — und das ist wesentlich mit der Grund, warum Frhr. v. Münch als gemeingefährlich eingewiesen worden ist — es liegt ja eine ganze Reihe von Gewaltthätigkeiten gegen Personen seitens desselben vor. Allerdings ist ja in dem Fall Blatt die Frage, ob sich Frhr. v. Münch in Nothwehr befunden habe, durch ein gerichtliches Erkenntniss nicht entschieden worden, aber gerade im Fall Blatt hat das Gericht seinerseits den Frhr. v. Münch den Verwaltungsbehörden als gemeingefährlich übergeben mit dem Ansinnen, die Verwaltungsbehörden sollen die polizeilich geeigneten Massnahmen treffen. Aber es ist das ja nicht die einzige Gewaltthätigkeit, die dem Frhr. v. Münch zur Last fällt, es liegt vielmehr auch der Fall vor mit dem Metzger Thoma, der zufällig, aus durchaus erlaubter Ursache, sich in dem Stall des Frhr. v. Münch befand, als ein Pferd des Frhr. v. Münch verendete, weil es, wie die Section ergeben hat, Taxusblätter (Eibennadeln) gefressen hatte, die giftig waren. Diesen Mann hat Frhr. v. Münch ohne alles Weitere beschuldigt, er habe ihm sein Pferd vergiftet, und hat ihn, als er den Stall nicht sofort verliess, mit Faustschlägen tractiert. Ein weiterer Fall von Gewaltthätigkeiten liegt darin, dass er dem Pächter Treiber gedroht hat, es gehöre ihm eine Kugel durch den Leib. Endlich sind ja bereits angeführt worden der Fall des Mannes, den er mit der Peitsche behandelt hat, und die Thatsache, dass er dem Bauführer Häcker einen Revolver zur eventuellen Benutzung gegen die Bauarbeiter übergeben hat; hiezu kommt noch, dass v. Münch nach seiner eigenen Angabe gewöhnt ist, nicht ohne Revolver auf Reisen zu gehen. Es sind also Thätlichkeiten des Frhr. v. Münch genügend vorgelegen und weiterhin zu befürchten. — Das Medizinalkollegium stellt sich in einer, wie mir scheint, durchaus einleuchtenden Weise auf den Boden, dass die Frage der Gemeingefährlichkeit überhaupt nicht ausschliesslich oder hauptsächlich nach bestimmten einzelnen Handlungen eines Kranken beurtheilt werden kann, sondern aus der Gesammtheit seiner Handlungen. Und von diesem Gesichtspunkt aus ist das Medizinalkollegium und das Ministerium des Innern zu der Ueberzeugung gelangt, dass bei dem Frhrn. v. Münch die Frage der Gemeingefährlichkeit zu bejahen ist. — Der Herr Abg. v. Balingen hat nun weiter geltend gemacht, der bisherige Zustand, wonach der Frhr. v. Münch von den Strafgerichten für unzurechnungsfähig, von den Zivilgerichten für handlungsfähig und von den Polizeibehörden für gemeingefährlich geisteskrank erklärt werde, sei unhaltbar. Ja, das Unbefriedigende dieses Zustandes fühle ich auch. Aber ich kann ihn meinerseits nicht ändern. Wenn der Herr Abg. von Balingen gemeint hat, das Ministerium müsse konsequent handeln, so wäre die Konsequenz, dass das Ministerium des Innern anordnet, sobald der Herr v. Münch in seine Polizeigewalt kommt, sei er in die Irrenanstalt einzusperren. (Zustimmung.) Mit Rücksicht darauf aber, dass auch von psychiatrischer Seite geltend gemacht wurde, es lasse sich, wenn Herr v. Münch aus den bisherigen Verhältnissen herauskomme, hoffen, dass er sich in gemeingefährlicher Weise weiterhin nicht bethätigen werde, glaubte das Ministerium ihm gestatten zu können, dass er nach Preussen geht, nachdem die preussische Regierung ihrerseits sich bereit erklärt hatte, ihn zu übernehmen. Das geschah in einer gewissen Berücksichtigung und Milde, nachdem die psychiatrischen Behörden erklärt hatten, es sei das zulässig. — Der Herr Abg. von Balingen hat schliesslich mit Bezug auf die von mir in Berlin gegen v. Münch erhobene Strafklage geltend gemacht, das sei nicht konsequent und es empfehle sich nicht, eine solche Parallelaction einzuleiten. Wenn der Mann in Württemberg für geisteskrank und für gemeingefährlich erachtet werde, so könne nicht gleichzeitig in Preussen gegen ihn geklagt werden. Als auf Grund von vorausgegangenen Verhandlungen Herr v. Münch an das Polizeipräsidium in Frankfurt übergeben wurde, hat die K. preussische Regierung mitgetheilt, auch sie gehe davon aus, dass die gemeingefährliche Bethätigung der Geisteskrankheit des Herrn v. Münch im wesentlichen mit den Verhältnissen, in denen er bisher lebte, zusammenhänge. Sollte v. Münch auch auf preussischem Ge-

biet Verletzungen der Strafgesetze begehen, ohne dass er strafrechtlich dafür verantwortlich gemacht werden könne, so werde selbstverständlich auch dort ein polizeiliches Einschreiten gegen ihn in Frage kommen. Er hat nun von Preussen aus seine masslos beleidigenden und beschimpfenden Eingaben fortgesetzt und ich war daher in die Nothwendigkeit versetzt, durch eine Klage, die in Berlin erhoben wurde, eine Entscheidung darüber herbeizuführen, entweder dass der Mann als nicht geisteskrank in Preussen angesehen wird, gut, dann soll er bestraft werden, oder dass er auch in Preussen als geisteskrank gilt. — Schliesslich habe ich noch auf die neueste telegraphische Eingabe des Herrn v. Münch mit ein paar Worten einzugehen. Der Herr Berichterstatter war gestern bei mir und hat mir mitgetheilt, dass Herr v. Münch beabsichtige, in die heutige Verhandlung zu kommen. Er hätte das nur in der Weise thun können, dass er in Begleitung seines Wärters hier oben auf der Galerie erschienen wäre. Ich habe mich nun zunächst durch Vernehmung des Landespsychiaters darüber zu informiren gesucht, ob es seiner Gesundheit nicht schädlich sein werde, wenn er hier die grosse Verhandlung mit anhöre, und es wurde mir bejaht, dass durch das Anwohnen bei einer derartigen Verhandlung sein Aufregungszustand voraussichtlich eine erhebliche Steigerung erfahren werde. Ich habe mir aber auch weiter gesagt, dass es ein für dieses hohe Haus nicht ganz würdiger Zustand wäre (allgemeines sehr richtig!), wenn ich einen Geisteskranken von einem Wärter hieher führen liesse, um den Verhandlungen hier oben anzuwohnen und eventuell durch Auf- und Abgehen mit einzelnen Herren Abgeordneten zu verhandeln (sehr richtig!), und ich habe ihm daher telegraphiren lassen, er dürfe nicht hieher kommen, und wenn er doch komme, werde ich ihn in eine Irrenanstalt abführen lassen. (Lebhafter Beifall.)

Keil: Die psychiatrische Frage zu beantworten, fühle ich mich nicht berufen. Ich glaube aber, der ganze Fall hätte das Aufsehen nicht erregt, wenn nicht verschiedene Handlungen der Verwaltungsbehörden zu Bedenken Anlass gegeben hätten. Man hat mir von juristischer Seite gesagt, es sei unzulässig, dass eine einmal allgemein gegebene Vorschrift (betr. das Gutachten des Oberamtsarzts) von der Verwaltung in einem bestimmten Fall ausser Kraft gesetzt werde; ganz unstichhaltig sei die Rechtfertigung dieser Handlung im Urtheil des Verwaltungsgerichtshofes. Der Instanzengang hätte eingehalten werden müssen, geradeso wie bei den Gerichten. Es kommt hinzu, dass man hörte, der betreffende Oberamtsarzt hätte anders begutachtet, als die Oberbehörde wünschte; das gab der Sache in der öffentlichen Meinung eine ungute Seite. Aufgefallen ist ferner, dass die württ. Behörde keinen ausserwürtt. Psychiater gehört, dass aber die von Herrn v. Münch selbst aufgerufenen Psychiater ihn für nicht anstaltsbedürftig erklärt haben. Die komische Revolvergeschichte hat dann dazu geführt, dass man Herrn v. Münch den Tag über anstrengenden Verhandlungen anwohnen liess und ihn abends nach Winnenthal transportirte. Das hat auch keinen guten Eindruck gemacht. Endlich die verschiedene Behandlung v. Münchs hier und in Preussen. Das ist auf die Dauer nicht haltbar, wir brauchen eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Der Herr Minister verklagt v. Münch in Preussen, bei uns verfolgt er nur den Redacteur der „Tagwacht", der v. Münchs Angriffe in seinem Blatt veröffentlicht hat an der Stelle, wo auch Wurst und Fleisch angepriesen werden. Ich will die Handlungen v. Münchs nicht beschönigen und nicht behaupten, dass sie mit dem gesunden Menschenverstand vereinbart wären, aber die Massnahmen der Behörden, deren wichtigste ich ausgeführt habe, haben eben Stimmung für ihn beim Publikum gemacht.

Staatsminister des Innern Dr. v. Pischek: Die „grosse Bedeutung", welche der Fall des Frhrn. v. Münch in der Oeffentlichkeit angenommen hat, ist, wie ich glaube, im wesentlichen darauf zurückzuführen, dass es dem Herrn v. Münch infolge des Besitzes sehr grosser Mittel gelungen ist, in den Zeitungen, in der Presse, in der Oeffentlichkeit (sehr richtig!) in einem ganz anderen Masse zu agitiren, als das sonst einem gewöhnlichen Manne möglich ist. (Lebh. Zustimmung.) Und insbesondere haben die verschiedenen Inserate in der „Schwäbischen Tagwacht" dazu beigetragen. (Sehr richtig!) Der Herr Abg. Keil hat wiederum bemängelt die Eintheilung der Dispensation von dem oberamtsärztlichen Zeugniss und hat sich für die behauptete Unzulässigkeit derselben auf Juristen berufen. Es mag ja sein, dass es auch Juristen giebt, die die Eintheilung der Dispensation für unzulässig erklären, aber der Verwaltungsgerichtshof hat gesprochen. Wenn aber der Herr Abg. Keil vorhin erwähnt hat, es sei um so auffallender, dass das Ministerium die Dispensation von dem oberamtsärztlichen Gutachten ertheilt habe, weil der Oberamtsarzt vorher schon einmal ein Gutachten abgegeben habe, welches den Absichten des Ministeriums nicht entsprochen habe, so weise ich den hierin liegenden Vorwurf, als habe das Ministerium das oberamtsärztliche Gutachten wegen seines vorausgesehenen Inhalts abgeschnitten oder es habe jemals irgend ein Gutachten beeinflussen wollen, mit Entschiedenheit zurück. (Beifall.) Ich weiss davon gar nichts, dass der Oberamtsarzt in Horb früher schon ein Gutachten für das Ministerium abgegeben hätte; im Auftrage des Ministeriums ist es meines Wissens nicht geschehen. Der Oberamtsarzt selbst hat im vorliegenden Falle erklärt, er kenne den Herrn v. Münch gar nicht, er habe ihn kaum gesehen. Der Herr Abg. Keil hat weiter ausgestellt, das Ministerium habe versäumt, nichtwürttembergische Psychiater über den Fall zu hören. Es sind aber verschiedene nichtwürttembergische Psychiater, zwar nicht von dem Ministerium, aber von den Gerichten gehört worden; es liegen im ganzen 10 psychiatrische Gutachten bei den Acten. Aber es lag ausserdem für das Ministerium des Innern in der That kein Grund vor, auswärtige Psychiater beizuziehen. Das Land Württemberg verfügt über eine Reihe von Psychiatern, deren Befähigung nicht bezweifelt werden kann und selbst im Auslande durchaus anerkannt ist; und es liegt gar kein Grund vor, in die Gutachten, die von diesen württembergischen Psychiatern, einschliesslich des Pro-

fessors Siemerling in Tübingen, der ja kein Württemberger ist, abgegeben worden sind, einen Zweifel zu setzen und ein Obergutachten von auswärtigen Psychiatern einzuverlangen. — Der Herr Abg. Keil hat erklärt, es habe die infolge des Revolverbesitzes angeordnete Wärterbegleitung „komisch" gewirkt. Ich weiss nicht, warum das komisch gewirkt haben soll. Dem Frhrn. v. Münch war die Betheiligung an den Verhandlungen des Verwaltungsgerichtshofs nur unter der Bedingung gestattet worden, dass er keine Waffe bei sich führe, es war ihm angedroht, dass er, wenn er dieser Bestimmung zuwiderhandle, des freien Geleites verlustig sei und nach Winnenthal komme. Gleichwohl wurde ein Revolver bei ihm gefunden und er infolgedessen unter Bewachung gestellt. Was daran Komisches sein soll, weiss ich nicht; hätte v. Münch die Bedingungen eingehalten, unter welchen er zugelassen war, so wäre sein freies Geleit nicht verwirkt worden. — Der Herr Abg. Keil ist sodann auf die verschiedenartige Behandlung in Württemberg und Preussen eingegangen und hat erklärt, es sei wünschenswerth, dass man an die Erlassung eines Reichs-Irrengesetzes gehe. Die Frage gehört ja nicht hierher, aber ich kann mittheilen: die württ. Regierung hat in Berlin erklärt, dass sie gegen die Erlassung eines Reichs-Irrengesetzes nichts einzuwenden habe, im Gegentheil befürworte sie die Erlassung eines solchen, wenn es auch wahrscheinlich grosse Schwierigkeiten bieten werde.

Endlich ist der Herr Abg. Keil zu sprechen gekommen darauf, dass es nicht am Platze sei, dass ich in Berlin gegen den Frhrn. v. Münch, in Württemberg aber unter Ausschaltung des Frhrn. v. Münch nur gegen die „Schwäb. Tagwacht" geklagt habe. Warum ich in Berlin geklagt habe, das habe ich schon vorhin mitgetheilt. Dass ich aber hier in Württemberg nicht gegen ihn klagen konnte, versteht sich von selbst, da ja der Frhr. v. Münch von den Strafgerichten für unzurechnungsfähig erklärt worden ist, es wäre der reinste Schlag ins Wasser gewesen, wenn ich diese Klage erhoben hätte. Dagegen habe ich gegen die „Schwäb. Tagwacht" Klage erhoben, weil ich es meiner Person und meiner Stellung schuldig zu sein glaubte (Zustimmung), dass ich mir nicht in den Zeitungen die Begehung entehrender und verbrecherischer Handlungen vorwerfen lasse, wie das in der „Schwäb. Tagwacht" geschehen ist. Nun hat der Herr Abg. Keil gesagt, die Annonce, welche diese Beschuldigung enthielt, sei in die „Tagwacht" aufgenommen worden, wie eine beliebige Fleisch- und Wurstanzeige auch. Das ist nicht wahr. Diese Anzeige ist zwar im Annoncentheil der „Schwäb. Tagwacht" erschienen, aber im redactionellen Theil kam in derselben Nummer, in welcher die Anzeige erschien, ein redactioneller Artikel, welcher auf diese famose Anzeige als besonders beachtenwerth hingewiesen hat. (Zustimmung und Heiterkeit.) Mir liegt an der Bestrafung der Redacteure der Schwäb. Tagwacht gar nichts. Wenn die Redacteure ihrerseits öffentlich erklären, dass sie sich dem Vorwurf, den der Frhr. v. Münch gegen mich erhoben hat, als habe ich entehrende oder verbrecherische Handlungen begangen, nicht anschliessen und dass sie diesen Vorwurf für durchaus unbegründet erkennen, dann bin ich bereit, die Klage zurückzuziehen; wenn nicht, nicht. (Lebhafter Beifall.)

Keil: Eine Verdächtigung dahin, dass das Ministerium auf ärztliche Gutachten einwirke u. s. w., habe ich meinerseits nicht erhoben, ich habe nur gesagt, die öffentliche Meinung habe sich mit solchen Gedanken beschäftigt. Redner verliest einen Artikel, der seinerzeit im „Beobachter" gekommen sei und der für Herrn v. Münch entschieden Partei genommen habe, ein Beweis, dass in der Oeffentlichkeit thatsächlich solche Anschauungen vorhanden gewesen seien. Redner will schliesslich darthun, dass der redactionelle Hinweis auf eine grössere Annonce nichts Ungewöhnliches sei. (Heiterkeit.)

Die Debatte wird geschlossen. — Der Commissionsantrag wird zunächst angenommen zu den Ziffern 1—6, über die Ziffer 7 wird gesondert abgestimmt, weil hier ein Einwand aus dem Hause gemacht worden ist. Auch über Ziffer 7 wird zur Tagesordnung übergegangen, ebenso über die heutige telegraphische Eingabe des Frhrn. v. Münch.

Schluss der Sitzung 1/2 1 Uhr.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Wormditt, Ostpr. Als leitender Arzt der am hiesigen Orte Mitte April d. J. eröffneten Privatanstalt für katholische Epileptische, welche den Namen „Heilstätte St. Andreasberg" erhalten hat, ist Dr. Hankeln angestellt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 17. 26. Juli. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

(Fortsetzung.)

Die Entlassungen bieten weit weniger Anlass zu allgemeinen Erörterungen. Es interessirt da hauptsächlich nur die Frage, wie viele von den Entlassenen als geheilt und gebessert zu bezeichnen waren. Aus der Zahl der so Bezeichneten Rückschlüsse zu ziehen, ist aber recht misslich; jeder weiss, wie viel Subjectives in diesen Bezeichnungen liegt. Thatsächlich sind dann auch die Zahlen ausserordentlich verschieden. Häufige Mittelzahlen für die Geheilten sind etwa 15—18 %, auf den Gesammtabgang berechnet, doch kommen auch geringere und stellenweise beträchtlich höhere Zahlen vor. Wo die letzteren nicht durch lokale Verhältnisse bedingt sind, wie etwa in den grossen Städten, denen die grosse Zahl der Alkoholdeliranten die Statistik verbessert, da wird man aus einer grossen Zahl von Geheilten wohl auf einen entsprechenden, vielleicht nicht immer unbewussten Optimismus des Berichterstatters schliessen dürfen.

Constantere Werthe erhält man, wenn man die Geheilten und Gebesserten zusammenfasst, also die Zahl derjenigen berechnet, bei denen überhaupt ein Kurerfolg zu verzeichnen war. Da liegen die häufigsten Durchschnittswerthe zwischen 40 und 50 % des Gesammtabganges. Natürlich kommen auch hier Ueberschreitungen dieser Mittelwerthe nach unten und nach oben vor, doch sind die Differenzen bei weitem nicht so erheblich wie bei den Geheilten. — Uebrigens enthalten nur wenige Berichte die Procentberechnung in der Form, wie sie hier wiedergegeben ist; vielmehr habe ich, um vergleichbare Zahlen zu gewinnen, die meisten umrechnen müssen. Viele be-

schränken sich darauf, nur die absoluten Zahlen anzugeben, andere berechnen sie in Procenten der Aufnahmen, wieder andere in Procenten des Normalbestandes. Zur Umrechnung auf einheitlicher Grundlage schien es mir am korrektesten, den Gesammtabgang zu Grunde zu legen.

Der dritte Punkt, auf den die Statistik sich erstreckt, ist der **Bestand** an Pfleglingen, der natürlich einem beständigen Wechsel unterworfen ist. Eine recht charakteristische Erscheinung ist es, dass in sehr vielen Anstalten der thatsächlich vorhandene Bestand den festgesetzten Normalbestand dauernd um ein Beträchtliches übersteigt. In der That wird in sehr vielen Berichten über Ueberfüllung geklagt. Selbst in neuen Anstalten oder solchen, die durch Neubauten vermehrten Platz geschaffen haben, dauert die Erleichterung meist nicht lange; bald ist die alte Ueberfüllung wieder da. Manche helfen sich durch stärkere Belegung; z. B. ist **Göttingen** unter das durch ministerielle Verfügung geforderte Mindestmaass an Luftraum ganz bedeutend heruntergegangen und hat stellenweise nur 15, selbst 13 cbm Luftraum pro Kopf, hebt aber selbst hervor, dass dies seine grossen Bedenken hat.

Bayreuth giebt eine anschauliche Schilderung der Entwicklung seiner Ueberfüllung. Im Decennium 76—85 betrug die jährliche Zunahme des Krankenbestandes etwa 10, stieg im nächsten Jahrzehnt auf 18, weiter auf 20, im Jahre 99 sogar auf 25, sodass nun die „Ueberfüllung der Anstalt sowohl vom psychiatrischen als vom sanitären Standpunkt aus als geradezu gefährlich und bedenklich" bezeichnet werden musste. Durch die Eröffnung der 2 neuen Pavillons à 50 Kranke wurde nur dem dringendsten Bedürfniss abgeholfen; der Bau einer zweiten Anstalt für Oberfranken wird als dringend erforderlich bezeichnet.

Dziekanka hat durch Entfernung von Zwischenwänden aus 2 Zellen und einem Corridor Schlafräume für 10 Kranke geschaffen, hat ferner eine Pensionärabtheilung mit Normalkranken belegt und endlich in mehreren Räumen eine dichtere Belegung vorgenommen und so im Ganzen für 113 Kranke über den Normaletat hinaus Platz geschaffen. Doch soll diese Einrichtung nur provisorisch sein und mit Eröffnung der im Bau begriffenen neuen Anstalt aufhören. **Sonnenstein** hat dank seiner Aussenabtheilungen in der Unterbringung der ruhigen und halbruhigen chronisch Kranken keine Schwierigkeiten, während die Abtheilungen für unruhige und überwachungsbedürftige ständig überfüllt sind. Abhülfe wird von den Neubauten erwartet.

Ueberaus unerquicklich scheinen die Verhältnisse im **Burghölzli** zu sein. Die Anstalt, ursprünglich auf 300 Plätze berechnet, beherbergt allein 351 Unheilbare und hat zum Wechseln für neu Hinzukommende noch ca. 20—40 Betten zur Verfügung, während die Anmeldungen des Jahres die Zahl 400 erreichten. Den Hauptgrund für die Ueberfüllung erblickt der Bericht nicht in der Zunahme der Geisteskranken, sondern darin, dass von vorneherein zu wenig Plätze vorgesehen waren. Die üblen Folgen der Ueberfüllung hebt Burghölzli scharf hervor: „Ich glaube zwar nicht, dass dieselbe (nämlich die schlechte Unterbringung) auf die eigentlich heilbaren Kranken grossen Einfluss ausübe. Die meisten derselben werden gesund unter guten wie unter schlimmen Umständen, wenn ihnen auch die Unruhe überfüllter Abtheilungen die Kur zu einer Qual werden lässt. Einen enormen Unterschied aber macht die Behandlungsart bei den Unheilbaren, die ja leider die Mehrzahl unserer Kranken bilden. Manche unserer Unruhigen sind nur deshalb so störend und so gewaltthätig, weil sie vor dem Lärm und den Insulten der Mitpatienten nicht genügend geschützt werden können. Vielleicht die Hälfte der „Unheilbaren" ist aber, wenn einmal das eigentliche Erregungsstadium abgelaufen ist, fähig, draussen zu leben, oft sogar ihr Brod zu verdienen, ja manche, die wir als im strengen medicinischen Sinne ungeheilt entlassen mussten, werden von ihren Verwandten als ganz gesund angesehen. Sind einmal unsere unruhigen Abtheilungen nicht mehr überfüllt, sodass die Kranken nicht einander selbst den grössten Schaden zufügen, so werden viel mehr Aufgeregte zu Ruhigen, und von diesen können mehr entlassen werden". Man wird diese Darstellung kaum übertrieben finden, wenn man beobachtet, wie auch in nicht überfüllten Anstalten manche Kranke nur durch ihre Umgebung erregt werden und durch Versetzung in andere Umgebung sich alsbald beruhigen. Dass aber bei Heilbaren die Art der Unterbringung für den Kurerfolg so gleichgültig sein soll, ist doch zunächst nur eine subjective Meinung.

Momentane **Abhilfsmittel gegen Ueberfüllung** giebt es zwei: entweder werden keine neuen Kranken aufgenommen, bevor Plätze frei werden, oder es werden Kranke entlassen, um für neue Platz zu machen.

Ersterer Modus hat grosse Härten in seinem Gefolge und führt in systematischer Ausbildung zu den berüchtigten Exspectantenlisten. Doch sind viele Anstalten einfach gezwungen so zu verfahren.*) So hat

*) Anmerkung bei der Correctur. Auch die westphälischen Anstalten leiden unter diesem System. Obgleich gegen das Vorjahr 99 Plätze mehr geschaffen worden sind,

z. B. Osnabrück eine grosse Zahl frischer, heilbarer Fälle abweisen müssen; Hildesheim hat von 439 Aufnahme-Anträgen 149 abgelehnt, in den württembergischen Anstalten konnten von dem insgesammt 798 Aufnahmegesuchen nur 402 berücksichtigt werden, „obwohl die hygienischen Anforderungen an den Luftraum dringlichen Aufnahmegesuchen gegenüber stets erst in zweiter Linie berücksichtigt" wurden. Waldau hat $^1/_3$ aller weiblichen Aufnahmegesuche ablehnen müssen. Wil war nach Eröffnung der neuen Häuser im Stande, alle Aufnahmegesuche, darunter 69 rückständige aus dem Vorjahre, zu bewilligen.

Die Bekämpfung der Ueberfüllung durch Entlassungen wird immer nur in beschränktem Umfange möglich sein. Württemberg berichtet, dass im Vorjahre dieser Versuch in grossem Umfange gemacht worden sei, indem alle entlassen wurden, die nicht mehr unbedingt anstaltsbedürftig waren, dass aber eine weitere Steigerung nicht mehr möglich war, im Gegentheil wieder ein gewisser Rückschlag sich geltend machte, da die Zahl der Entlassungen von 471 auf 428 gefallen ist.

Von manchen Anstalten wird geklagt, wie schwierig es oft ist, Kranke, die nicht mehr für anstaltsbedürftig zu halten sind, wieder herauszubringen. Eberswalde erläntert dies an einigen charakteristischen Fällen. Eine Frau war nach mehrjährigem Anstaltsaufenthalt wesentlich gebessert und sollte entlassen werden; erst nach langen Mühen gelang es mit Hülfe des Ortsgeistlichen, den Ehemann aufzufinden, und dann musste die Familie erst wieder rekonstruirt werden, denn die Kinder waren auswärts in Pflege gegeben. Der Ehemann einer andern Frau hatte sich, während diese in der Anstalt war, an der eigenen Tochter vergangen, was natürlich die Kranke bei ihrer Rückkehr in grosse Erregung versetzte; erst die alsbald erfolgte Verhaftung des Mannes ermöglichte das Zuhausebleiben der Frau. In einem andern Falle hatten die Angehörigen das beliebte Verfahren eingeschlagen, der Kranken immer wieder zu versprechen, dass sie sie sogleich nach Hause nehmen würden, sobald nur die Aerzte es gestatteten; als das aber geschah, versagten alle und es kostete wochenlange Bemühungen eine passende Unterkunft für sie zu finden.

Aehnliche Erfahrungen dürften in den meisten Anstalten gemacht werden. Wenn Rybnik schreibt: „wir haben noch keine Ueberfüllung gehabt, wir haben derselben aber auch beständig dadurch entgegenzuarbeiten gesucht, dass wir immer in liberalster Weise solche Leute, die irgend wieder einigermaassen geordnet und arbeitsfähig erschienen, mit Urlaub in die eigene Familie zurückschickten", so hat man dort eben in dieser Hinsicht mehr Glück gehabt als anderswo; freilich hat Rybnik auch auf der vorhergehenden Seite zugegeben, dass die „schlimme Anwärterliste" noch nicht ganz überwunden, vielmehr wieder „auf eine recht bedenkliche Höhe angeschwollen" sei.

Möglichste Liberalität im Entlassen empfiehlt auch Sorau, weil „nicht selten, namentlich bei sehr lebhaft nach Hause drängenden Kranken, wenn eine Besserung eingetreten ist, die Heilung in der Heimath beschleunigt wird". Zschadrass äussert sich viel vorsichtiger; die Vorschrift des Regulativs, „ungefährliche Unheilbare" in Gemeindepflege abzugeben, stösst dort auf Schwierigkeiten, weil der Begriff der Ungefährlichkeit ein sehr unbestimmter, subjectiver sei, und man jede Verantwortung dafür ablehnen müsse, dass die Kranken wieder gefährlich werden und schweres Unglück veranlassen könnten. Sicher sind viele Psychiater in dieser Hinsicht noch viel zu ängstlich, und mancherorts könnte wohl durch mehr Nachgiebigkeit gegen solche Wünsche noch eine Entlastung erzielt werden.

Zur Entlastung der Heilanstalten bleibt noch das Auskunftsmittel, für Unheilbare anderweit Unterkommen zu schaffen. Manche Provinzen geben ihre Unheilbaren an Privatanstalten, andere haben eigene Pflegeanstalten. Die diesjährigen Berichte enthalten darüber nicht viel. Der Brandenburger Bericht hebt hervor, dass man dort nur noch eine ganz geringe Zahl von Kranken in Privatanstalten habe, „denn an und für sich halten wir nach wie vor an dem Grundsatz fest, dass die schwierige und verantwortungsreiche öffentlich-rechtliche Pflicht der eigentlichen Irrenfürsorge grundsätzlich nicht durch Ueberweisung Kranker an Privatanstalten erfüllt werden darf". Das ist eine Auffassung, der wohl die Mehrzahl der Psychiater zustimmen wird.

Manche Anstalten haben eigene auswärtige Pflegestationen, die von der Anstalt aus controllirt werden; z. B. giebt Rybnik eine nicht unbedeutende Zahl Unheilbarer an solche ab. Conradstein berichtet, dass man eine grössere Zahl ungefährlicher Verblö-

mussten von im Ganzen 1024 Aufnahmeanträgen 331 abgelehnt werden. Am stärksten ist Münster betroffen, wo von 222 Anträgen 112 abgelehnt wurden, am schwächsten Lengerich, das von 204 Anträgen 30 ablehnte. — In Wahrheit liegen die Verhältnisse noch ungünstiger, als es nach diesen Zahlen scheint; denn auch von den Kranken, welche schliesslich zur Aufnahme gekommen sind, hat ein grosser Theil monatelang auf das Freiwerden eines Platzes warten müssen. Ob die begonnenen Erweiterungsbauten ausreichen werden, um Abhülfe zu schaffen, ist noch fraglich.

deter ins Landarmenhaus abgegeben habe, immerhin ein bedenklicher Nothbehelf.

Im Allgemeinen laufen allenthalben die Erörterungen über die Ueberfüllung schliesslich darauf hinaus, dass durch Neubauten, sei es neue Anstalten, oder Vergrösserung der bestehenden, mehr Plätze geschaffen werden müssen.

b) Besondere Ereignisse und Unglücksfälle.

Eine natürliche Folge der freieren Behandlung ist die grössere Häufigkeit der Entweichungen. Anstalten, in denen gar keine Entweichungen in einem Jahre vorgekommen sind, giebt es kaum; Zahlen von mehr als 20 pro Jahr sind keine Seltenheit; aus Dalldorf sind allein 124 Männer und 3 Frauen im Berichtsjahr entwichen.

Gegen die grossen Vortheile der freien Behandlung gehalten, ist dieser Nachtheil sicher gering und kann wohl in Kauf genommen werden. Man gewöhnt sich mehr und mehr daran, in einer Entweichung ein gar so schlimmes Ereigniss nicht mehr zu sehen, da sie im Verhältniss zu der grossen Häufigkeit ihres Vorkommens doch recht selten zu üblen Folgen führt. Die Mehrzahl der Entweichungen geschieht von der Feldarbeit aus, von Spaziergängen oder aus offenen Abtheilungen und betrifft somit Kranke, bei denen man ohnehin schon die Aufsicht vermindern zu dürfen glaubte; sie erledigen sich meist dadurch, dass die Kranken zu Hause ankommen und versuchsweise dort belassen werden, oder dass sie nach kurzer Zeit der Anstalt wieder zugeführt werden. Nur selten liest man einmal die Mittheilung, dass ein Entwichener nachher dauernd verschollen blieb.

Ernstere Bedeutung hat schon die Entweichung aus einer geschlossenen Abtheilung; einmal, weil es da doch meist möglich sein sollte, die Entweichung zu verhindern, also in der Regel irgend eine Nachlässigkeit vorgelegen hat, vor allem aber, weil sie in dubio einen Kranken betrifft, der noch der Aufsicht bedarf und draussen für sich oder andere gefährlich werden könnte. Letzteres kann freilich auch bei Kranken vorkommen, die schon grössere Freiheit genossen, und die entweder ihre Umgebung über ihren wahren Zustand zu täuschen wussten, oder die eine nicht rechtzeitig bemerkte Verschlimmerung ihres Zustandes erlitten haben. So berichtet Ueckermünde über einen älteren Mann, der von der Arbeit aus entwich, längere Zeit verschollen blieb, und nach Monaten als Leiche in einem benachbarten Teich gefunden wurde; es blieb unsicher, ob er absichtlich ins Wasser gegangen oder verunglückt war. Ein ähnliches Ereigniss hat Kortau zu verzeichnen.

Gefürchtet sind Entweichungen von geisteskranken Verbrechern. Das sind oft geriebene Subjecte, an deren Ausdauer, Unternehmungslust und Schlauheit jede Vorsicht scheitert. Eine ganze Anzahl von Anstalten hat über solche Erfahrungen zu klagen. In Plagwitz sind 2 Verbrecher von der geschlossenen Abtheilung entwichen, nachdem sie das Feuergitter geöffnet hatten; wie sie letzteres fertiggebracht haben, blieb unaufgeklärt. Noch drastischer ist der von Rybnik mitgetheilte Fall, wo zwei Verbrecher Nachts im Oberstock der unruhigen Abtheilung das Fenstergitter demolirten, mit Hülfe eines aus der Bettwäsche gedrehten Strickes hinausstiegen, dann, da sie nicht im Hemde gehen wollten, in dasselbe Haus durch den Keller wieder einbrachen, aus der Garderobe nach Aufbrechen eines Kleiderschrankes Kleider entnahmen und dann entflohen, und alles dies so leise, dass niemand sie hörte! Der Frankfurter Bericht bringt anlässlich solcher Erfahrungen eine eingehendere Würdigung der Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten, welche die Unterbringung von Verbrechern in Irrenanstalten zur Folge hat, und kommt zu dem Schluss: „wir können nicht den wenigen verbrecherischen Kranken zu Liebe den glücklicherweise abgestreiften Gefängnisscharakter der älteren Irrenanstalten zum offenbaren Nachtheil der anderen Kranken wieder einführen", und betont weiter das Bedürfniss, „für die Verwahrung der verbrecherischen Geisteskranken in anderer Weise zu sorgen, sei es jetzt durch eine Unterbringung in Adnexen zu den Strafanstalten, die unter einer psychiatrischen Leitung stehen, oder in für die besonderen Zwecke besonders eingerichteten Abtheilungen der Irrenpflegeanstalten".

Selbstmorde gehören zu den aufregendsten und betrübendsten Ereignissen im Anstaltsleben. Zum Glück sind sie nicht gar so häufig; aber trotz aller Vorsicht und Aufsicht werden sie sich doch nie ganz aus der Welt schaffen lassen. Kranke, die Suicid planen und dabei eine gewisse Besonnenheit bewahrt haben, verstehen es oft ausgezeichnet, ihre Absichten vor ihrer Umgebung zu verheimlichen. Von einigen derartigen Fällen, die aus Ueckermünde mitgetheilt werden, sei einer hier erwähnt: Ein älterer Herr, der von seinen melancholischen Versündigungsideen anscheinend ganz zurückgekommen war, und bereits völlig freie Bewegung genoss, erhängte sich eines Tages in seinem Zimmer. Göttingen berichtet den Selbstmord eines Paranoikers, der bei der Feldarbeit beschäftigt war und ein solches Vorkommniss durch nichts vermuthen liess. Eberswalde knüpft an die Mittheilung eines ganz unerwarteten Selbstmordes die Bemerkung: „So unheimlich solche Fälle sind, so schwer dürften sie auch, namentlich bei so plötz-

lich auftretenden, triebartigen Neigungen, überhaupt zu verhindern sein".

Etwas anders lag ein weiterer Fall aus Ueckermünde. Eine ältere Frau, die wegen ihres gewohnheitsmässigen Jammerns keiner Wachsaalbehandlung mehr bedürftig zu sein schien, benutzte einen unbewachten Moment, sich zu erhängen. Der Bericht äussert dazu: „Der Arzt steht solchen Kranken gegenüber, die an jahrelang anhaltender innerer Beängstigung leiden, vor einer schwierigen Wahl. Es wäre ja sicher möglich sie bei dauernder Bettbehandlung auf der Wachabtheilung vor der Gefahr des Selbstmordes zu schützen, aber andererseits führt die dauernde Bettbehandlung schliesslich zu körperlichem Siechthum, und ausserdem macht eine solche Abschliessung dieser in der Regel geistig noch nicht ganz abgestumpften Kranken von jeder körperlichen und geistigen Anregung und Ablenkung ihnen ihr ohnehin qualvolles Leben ganz unerträglich". — Die Grausamkeit einer dauernden Wachsaalbehandlung bei solchen Kranken hat wohl jeder von uns schon empfunden.

Dass übrigens die Ueberwachung auch nicht immer im Stande ist, Selbstmorde zu verhüten, lehrt der Fall aus dem Tannenhof, wo ein Kranker im Wachsaal sich unter der Decke erdrosselte; bemerkenswerth ist auch ein Fall aus Göttingen, wo ein Kranker sich selbst die Zunge abbiss, eine Verletzung, von der er wieder genas.

Eine charakteristische Meinungsäusserung aus dem Osnabrücker Bericht, die an die Mittheilung eines unerwarteten Selbstmordes angeschlossen wird, möchte ich noch wörtlich hier hersetzen: „Man kann meiner Ansicht nach vernünftigerweise keine Vorkehrungen treffen, um derartige Unglücksfälle mit Sicherheit zu vermeiden. — Vielleicht ist der Ausdruck Unglücksfall nicht einmal ganz richtig. Ich bin überzeugt, dass, wenn sich geistig Gesunde in solcher Lage befänden, in der sich viele Geisteskranke theils vermeintlich, theils wirklich befinden, bei ihnen Selbstmord viel häufiger als bei den Kranken vorkommen würde. Mag den Voraussetzungen der Kranken noch so viel Krankhaftes ankleben, der Schluss und der Entschluss, dass es dann besser sei, aus dem Leben freiwillig zu scheiden, scheint mir an und für sich betrachtet nicht so ungesund. Nach meinem Gefühle ist es geradezu eine Härte, ihnen diesen Erlösung bringenden Ausweg gewissermaassen mit Gewalt zu verlegen. Dazu kommt, dass die einzige Maassnahme, mit der man einigermaassen sicher dieses Ziel erreichen kann, — die dauernde Ueberwachung — von dem Betreffenden ungemein peinlich empfunden wird, dass sie fast immer den Lebensüberdruss progressiv steigert und das an sich schon so klägliche Dasein immer noch unerträglicher macht". — Sollte nicht Mancher schon in seinem verschwiegenen Innern Aehnliches gedacht haben? Und es nur nicht aussprechen mögen, um nicht für frivol gehalten zu werden? Gewiss wird kein Anstaltsarzt nach solchen Grundsätzen handeln, auch Schneider-Osnabrück nicht. Aber der Muth, solchen Erwägungen einmal Worte zu leihen, ist selten.

Auch sonstige Unglücksfälle werden von verschiedenen Anstalten berichtet, die aber meist wenig Bemerkenswerthes bieten. Von Interesse ist vielleicht eine aus Hubertusburg gemeldete Saprolvergiftung; die Kranke war durch Uebersteigen einer Scheidewand in einen abgeschlossenen Raum gelangt, wo ein Eimer mit der Flüssigkeit stand; der Tod erfolgte am nächsten Tage unter den Erscheinungen des Lungenödems. Sonst handelte es sich um Fall aus dem Fenster oder die Treppe hinab (Brandenburg), Ertrinken beim Baden (Schwerin) und Aehnliches. Der Fall aus Hephata, wo ein schwachsinniger Knabe einen andern in einen tiefen Schacht gestossen hat, weil er ihm mehrfach fortgelaufen war, als er ihn zum Abort führen sollte, dann angab, er sei fortgelaufen. und Schweigen beobachtete, bis nach fast 2 Monaten die Leiche gefunden wurde, ist ja durch die Zeitungen hinlänglich bekannt geworden. Der Bericht giebt eine ausführliche Darstellung des Falles und der Gerichtsverhandlung darüber, welche nachwies, dass keinerlei Verschulden vorlag. (Forts. folgt.)

Wahrendorffdenkmal in Ilten.

Freunde und Verehrer des menschenfreundlichen Schöpfers der bedeutenden Privat-Pflegeanstalt für Geisteskranke in Ilten, des berühmten Arztes Dr. Ferdinand Wahrendorff, haben ihm hier zum ehrenden Gedächtniss seines Wirkens ein Denkmal gesetzt, das am 25. Mai d. J. enthüllt wurde. Aus Ilten und den benachbarten Gemeinden, aus Hannover u. s. w. hatten sich die Theilnehmer an dem feierlichen Akte in grosser Zahl eingefunden. Nach einem einleitenden Musikstücke hielt der Vorsitzende des Denkmalskomitees, Amtsgerichtsrath Freydank-Burgdorf, die Festrede. Redner wies einleitend darauf hin, dass ein derartiges Ereigniss, die Enthüllung eines Denkmals, in dem uralten Gau des Grossen Freien seit Menschengedenken nicht vorgekommen sei. Dieses erste Denkmal im Gau solle reden von den Tugenden

Ferdinand Wahrendorffs und seiner treuen Gattin Julie Wahrendorff, deren Bildnisse es trage. Redner schilderte dann die Begründung der Iltener Anstalt und ihr Heranwachsen zu einer Musteranstalt, die eine Quelle reichen Segens für die Leidenden geworden sei, sowie Wahrendorffs herrliche Charaktereigenschaften. In einem Leben voll Mühe und Arbeit habe ihm seine treue Gattin helfend zur Seite gestanden. Das Denkmal sei begründet mit Hilfe von Hunderten von Beiträgen aus allen Teilen des Vaterlandes; grosse und kleine Gaben seien von treuen und dankbaren Freunden gespendet worden. Als die Hülle des Denkmals gefallen war, stimmte ein Sängerchor Wahrendorffs Lieblingslied „Lobe den Herren" an, nach dessen Beendigung der Redner das Denkmal im Namen des Komitees dem Sohne und Nachfolger Wahrendorffs und dem Gemeindevorsteher von Ilten übergab. Dr. Wahrendorff dankte herzlich für das Denkmal und die schöne Aufgabe, die ihm als Sohn übertragen sei. Auch Gemeindevorsteher Wehler versprach, das Denkmal in treue Hut nehmen zu wollen. — Der Denkmalsentwurf ist aus einer Preiskonkurrenz hervorgegangen, das Denkmal ist vom Bildhauer Roland Engelhard-Hannover modellirt und aus Osterwalder Sandstein ausgeführt. Es lehnt sich in einem sockelartigen halbkreisförmigen Unterbau an die den Wahrendorffschen Garten nach der Strasse zu abschliessende Mauer an. In der Mitte des Bogens erhebt sich ein, sechs Meter hoher Obelisk. In einer Nische ist die Büste Wahrendorffs angebracht, darüber das Reliefporträt seiner Gattin. An der Innenseite der Seitenflügel befinden sich Reliefs, die auf die Thätigkeit Wahrendorffs, die Pflege der Geisteskranken in den Familien und deren Beschäftigung in der Landwirthschaft hinweisen. Reliefs, Porträt und Büste sind aus Bronze hergestellt. — Den Schluss der Enthüllungsfeier bildete die Niederlegung einer grossen Zahl prächtiger Kränze an den Denkmalstufen. Dem Enthüllungsakte folgte ein Festmahl im Schaperschen Gasthause.



Mittheilungen.

— **Regelung des Irrenwesens.** Wie jetzt bekannt wird, hat das Reichsamt des Innern eine Umfrage veranstaltet bei sämmtlichen Bundesstaaten wegen ihrer Stellung zu dem Beschluss des Reichstags, der eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens befürwortet.

— **Schlesien.** Der Provinzialausschuss der Prov. Schlesien hat in seiner Sitzung vom 1. Juli 1902 folgenden bemerkenswerthen Beschluss gefasst:

„1. Die Gewährung von Urlaubsunterstützungen an solche Geisteskranke des Provinzialverbandes, welche nach dem Urtheil der Anstaltsdirection nur bei Gewährung einer Unterstützung aus der Anstalt beurlaubt werden können, sowie die Verrechnung dieser Unterstützungen bei Titel „Insgemein" des Anstaltsetats wird genehmigt.

2. Für die dadurch etwa bedingte Etatsüberschreitung wird dem Provinziallandtage gegenüber die Verantwortung übernommen."

(An die Landarmenverbandskranken dürfen schon seit längerer Zeit derartige Beihilfen seitens der Anstaltsleitungen gezahlt werden. S. Seite 258, Jahrg. II, dieser Wochenschrift.)

— **Berlin.** Die Vossische Ztg. vom 12. 7. 02. schreibt: „Während noch die dritte städtische Irrenheilanstalt in Buch im Bau ist, hat sich gezeigt, dass noch **zwei weitere städtische Irrenanstalten** erforderlich sind, um den Erfordernissen der Irrenpflege in Berlin zu genügen. Es ist von Interesse, zu prüfen, worauf diese in einem Gutachten Sachkundiger ausführlich begründete Forderung von zwei neuen Irrenanstalten für Berlin beruht. Wie viele andere Communalverbände hat die Stadt Berlin darauf verzichtet, für alle Geisteskranken, die der Anstaltspflege bedürfen, eigene städtische Anstalten zu errichten. Es ist immer ein verhältnissmässig beträchtlicher Theil von Geisteskranken, welche die Anstaltspflege nöthig haben und für welche die Stadtgemeinde zu sorgen hat, Privatanstalten für Geisteskranke zugewiesen worden. In den Privatirrenanstalten um Berlin, in den kleineren und grösseren, giebt es Abtheilungen für Communalkranke, d. h. für Kranke, für welche die Stadt Berlin die Pflegekosten trägt. Dass sich solche privaten Pflegestellen für Geisteskranke leicht finden, entspricht einem besonderen Umstande: Durch die Zuweisung von Communalkranken in private Heilanstalten wird deren Betrieb in einem bestimmten Umfange gesichert. Das gemischte System der geschlossenen Irrenfürsorge, wie es die Stadt Berlin übt (ein Theil der Kranken wird in den städtischen Irrenanstalten, der andere Theil in privaten Heilanstalten verpflegt), ist aber von Fachmännern vielfach beanstandet worden. Wiederholt ist in der medizinischen und in der politischen Presse eindringlich gefordert worden, dass die Stadt Berlin das gemischte System aufgebe und aus Stadtmitteln so viele und so grosse Anstalten errichte, dass alle Geisteskranken in Irrenanstalten der Stadt Berlin verpflegt werden können. Es ist nicht zu verkennen — von der Erörterung der Ursachen sei hier abgesehen — dass die Stadtgemeinde Berlin mit dem Bau eigener Irrenanstalten langsam vorgegangen ist. Sie hat erst verhältnissmässig spät einen Anfang gemacht. Die grosse Anlage der städtischen Irrenheilanstalten Dalldorf und Herzberge darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass trotz der hohen Belegziffern der beiden Anstalten den wirklichen Forderungen der Irrenpflege noch nicht genügt ist. Man kann getrost sagen, dass ehe noch ein städtisches Irrenhaus baulich fertig gestellt war, unzweifelhaft das Bedürfniss nach einer weiteren neuen Anstalt zu Tage trat. Woher kommt das? . . . . (Folgt Erörterung bekannter Dinge.) . . . . Diese Organe (sc. der öffentlichen Krankenfürsorge) werden sich Dank erwerben, wenn sie in einem der Hauptzweige ihrer Thätigkeit, in der Irrenpflege, wie jetzt beabsichtigt wird, je schneller um so besser gründlichen Wandel schaffen. Erst dann kann von einem solchen Wandel die Rede sein, wenn alle Kranken, für welche die Stadt Berlin zu sorgen hat, in städtischen Anstalten untergebracht sind."

— **Norddeutscher psychiatrischer Verein.** Neunte Sitzung in Danzig am 11. Juli 1902.

Anwesend: 33 Theilnehmer. Vorsitzender: Siemens-Lauenburg. Zum Versammlungsort für 1903 wurde wieder Danzig gewählt, als Geschäftsführer Freymuth-Danzig und Rabbas-Neustadt W.-Pr.

1. Gluszczewsky-Conradstein: Die acute halluzinatorische Verwirrtheit als Initialstadium bei Melancholie. (Autoreferat).

Vortragender bespricht zunächst die Amentia als selbständiges Krankheitsbild, das heute allgemein anerkannt sei. Ihr Symptomencomplex, wie ihn Meynert aufstellt, besteht in der tiefen Bewusstseinstrübung, dem rath- und hilflosen Wesen der Kranken, der illusionären Verfälschung der Wirklichkeit und in Halluzinationen, welch' letztere indessen keinen wesentlichen Bestandtheil dieser Erkrankung bilden. Ihr Vorkommen betrifft vorwiegend das weibliche Geschlecht, was sich zwanglos aus der Aetiologie — grossen Erschöpfungszuständen, wie sie Geburt, Wochenbett etc. setzen — ergiebt. Sie nimmt 2 Verlaufsrichtungen, eine manische und eine stuporöse, kann auch unter dem Bilde des Kollapsdelirs auftreten, der acutesten Form der puerperalen Verwirrtheit, während das delirium acutum wohl in die Reihe der fieberhaften Erkrankungen zu rechnen ist oder als Symptomencomplex bei der progressiven Paralyse auftritt.

Die Prognose der Amentia ist günstig, Genesung in 6—9 Monaten, in seltenen Fällen Exitus letalis, secundäre Verwirrtheit, Verrücktheit oder Demenz.

Die Therapie besteht in ausgiebiger Ernährung, nebenbei in Bädern, Morphium, Alkohol. Medicamente sind möglichst zu vermeiden.

In zweiter Hinsicht wird die Amentia als Symptomencomplex bei verschiedenen andern Seelenstörungen besprochen.

Bei der Syphilis des Centralnervensystems tritt sie relativ häufig auf und ist für diese Erkrankung

geradezu charakteristisch. Man suche frühzeitig die wahre Natur des Leidens zu erkennen, um eine spezifische Behandlung einleiten zu können.

Im Verlauf der progressiven Paralyse ist sie nicht selten; der somatische Befund, die Grössenideen in den ideenflüchtigen Reden, der einförmige Bewegungsdrang etc. geben Aufklärung. Bei der foudroyanten Form der Paralyse ist die Unterscheidung zwischen dieser und der Amentia sehr schwierig.

Ebenso bekannt sind die Zustände von Amentia, die sog. Dämmerzustände, vor, nach und statt epileptischer und hysterischer Anfälle.

Im Beginn und auf der Höhe der Manie ist die Amentia nicht selten, episodisch tritt sie auch bei der chronischen Verrücktheit auf.

Ausführlich wird dann die Abgrenzung der Amentia gegenüber der acuten Verrücktheit und der Katatonie besprochen und darauf hingewiesen, dass man sich hüten müsse vor Fehldiagnosen zu Gunsten der Katatonie, da das Vorkommen katatoner Symptome gerade bei der Amentia ein recht häufiges ist.

Kurz werden dann noch die Verwirrtheitsprocesse bei den jugendlichen Irreseinsformen und bei den senilen Involutionspsychosen besprochen und die Kriterien für die Differentialdiagnose angegeben.

Erwähnt wird auch das Vorkommen einer Amentia beim chronischen Alkoholismus, und die Schwierigkeit betont, sie von der acuten Alkoholverrücktheit zu sondern.

Vortragender bespricht dann an der Hand von 5 Fällen, wie die Amentia in ihren charakteristischen Merkmalen und in dem ihr eigenartigen Verlauf eine Melancholie einleitet.

In allen Fällen musste die Diagnose zunächst auf Amentia gestellt werden; der Entstehung der Seelenstörung sind greifbare somatische Schädigungen vorausgegangen.

Im Fall I gehäufte Wochenbetten und beginnende Gravidität, im Fall II Influenza und Ueberanstrengung im Dienst, im Fall III Chlorose, Nachtwachten, Alkoholabusus und schlechte hygienische Verhältnisse, im Fall IV Abort, im Fall V Puerperium.

Alle erkranken mit hochgradiger Verwirrtheit und Desorientirtheit, sowie Illusionen und Halluzinationen. In einigen Fällen nimmt die Erkrankung einen furibunden Charakter an. Bei allen bahnt sich nach mehreren Wochen bis Monaten Genesung oft mit einem moriaartigen Stadium als Vorläufer an. Die Erkrankten zeigen Krankheitseinsicht, suchen sich zu orientiren, benehmen sich leidlich geordnet und beschäftigen sich. Dieses auf die Amentia folgende Intervall dauert bis zu einer Woche.

Erst dann setzt in allen Fällen eine Melancholie ein, die ihren gesetzmässigen Verlauf nimmt und nach Monaten in Genesung oder Besserung übergeht.

In den Schlussfolgerungen wird hervorgehoben, dass zunächst in Folge schwerer Erschöpfung eine Amentia, diese Erschöpfungskrankheit *κατ' ἐξοχήν*, auftritt, um späterhin einer Melancholie Platz zu machen. Es folgt daraus, dass, wie es auch Meyer in Tübingen hervorhebt, Erschöpfungszuständen Psychosen von verschiedenartigem Gepräge nachfolgen können, und dass der ätiologische Faktor nicht allzu hoch bewerthet werden darf.

In der Diagnose und Prognose lehren die Fälle vorsichtig zu sein. Bei allzu rasch sich anbahnenden Heilungen soll man sich keinen trügerischen Hoffnungen hingeben und erwägen, wie häufig die Amentia bei den verschiedenartigsten Psychosen als Symptomenkomplex vorkommt.

Auch in praktischer Beziehung sind die Fälle eine Mahnung, mit der Entlassung der Kranken, die eine Amentia überstanden haben, recht vorsichtig zu sein, bis man sieht, dass die Amentia die Grunderkrankung und nicht eine komplicirende Psychose ist, da sonst, wie bei nachfolgenden Melancholien, recht unangenehme Ereignisse durch gewaltthätige Akte der Patienten gegen sich und andere eintreten könnten.

Zum Schluss wird noch kurz der Gesammtverlauf der einzelnen Fälle hervorgehoben, der sich durchweg günstig zu gestalten scheint.

Discussion. M e s c h e d e bekundet sein Einverständniss mit den Anschauungen des Vortragenden bezüglich der Begriffsbestimmungen der Melancholie und der Amentia, entgegen den Lehren der Kraepelin'schen Schule.

F r e y m u t h und S i e m e n s vertreten den Standpunkt der Kraepelin'schen Lehren. Angst, Verwirrtheit, Halluzinationen und Illusionen seien Symptome, die bei jeder Psychose vorkommen können. Entstehung und Gesammt-Verlauf entscheiden. —

2. W i c k e l-Dziekanka: U e b e r G e h i r n s e c t i o n m i t D e m o n s t r a t i o n e n.

Die Ausführungen Siemerling's: „Ueber die zweckmässigste Art der Hirnsection" (Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte; Frankfurt 1893) sind auch heute noch maassgebend, sofern man nicht auf eine macroscopische Betrachtung des frischen Hirns verzichten will und die microscopische Untersuchung des Hirns an ganzen Schnitten nicht anstrebt.

In Anlehnung an ein ähnliches Vorgehen Siemerling's (cfr. auch: Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte; Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 32) nimmt W. von einer Section des frischen Hirns überhaupt Abstand.

Die Hirne kommen ohne Ausnahme gleich nach Herausnahme aus der Schädelhöhle in 10% Formol und werden nach 8—14 Tagen bezw. 4—6 Wochen in Frontal-, Sagittal- oder Horizontal-Schnitte zerlegt — je nach der Eigenart des Einzelfalls.

In der Regel genügen Frontal-Schnitte von der Basis zur Convexität.

Dieses Verfahren hat sich bewährt.

W. empfiehlt es besonders für Irren-Anstalten, da hier bei nicht allzu grosser Zahl der Sectionen gutes pathologisch-anatomisches Hirnmaterial.

Es werden 12 Gehirne demonstrirt, bei welchen das geschilderte Verfahren in Anwendung kam. (Tumoren, Apoplexien, haemorrhag. Cysten, traumatische Veränderungen, Meningitis, Paralyse, Idiotie).

W. zeigt im Anschluss Photogramme von einigen der demonstrirten Hirnpräparate (angefertigt von Herrn Dr. Knust-Dziekanka).

Die Photogramme sind ein wesentliches Hilfs-

mittel bei dem Studium der Präparate. Manches tritt auf ihnen deutlicher hervor, wie am Präparat selbst.

Discussion. Wallenberg fragt, wie nach Formolhärtung die Weigertfärbung ausfiele. Der Vortragende erwidert, dass Müller-Formol bessere Weigertbilder gäbe. Sander fragt wegen Nisslfärbung. Nach Verf. sind die Ansichten darüber getheilt.

3. Neugebauer-Conradstein: Die Familienpflege Geisteskranker bei der Prov.-Irren-Anstalt Conradstein.

Dr. Neugebauer berichtet über die Entwicklung und den Stand der kolonialen und der Familienpflege zu Conradstein. In Familienpflege sind Kranke seit dem 1. April 1901 theils in dem nahen Dorfe Saaben, theils in der benachbarten Stadt, Pr. Stargard, untergebracht. Die Verpflegungsbedingungen sind im Ganzen die allgemein üblichen, bis auf gewisse Abweichungen, welche die dürftige wirthschaftliche Lage der Bevölkerung dortiger Gegend nothwendig machte; so kann den Pfleglingen nur in Ausnahmefällen ein eigenes Schlafzimmer gewährt werden. Zunächst wurden 19 Kranke, darunter 12 Männer und 7 Frauen untergebracht. Allmählich stieg ihre Anzahl, doch mussten manche auch wieder zurückgenommen werden. Es geschah das theils wegen körperlicher Erkrankung, theils in Folge von Erregungszuständen und ähnl.; entwichen sind 3 Kranke. Zwei Pflegestellen wurden wegen des ungeeigneten Verhaltens der Pfleger aufgehoben. Am Ende des Etatsjahrs 1900/01 befanden sich noch 21 Kranke in Pflege, davon 8 Männer und 13 Frauen. Dieselben vertheilen sich auf primäre und secundäre Geistesschwäche in folgender Weise:

	Secundäre Demenz		Imbecille u. Idioten		Sa.	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
In Pflege gegeben . . .	10	4	10	16	20	20
Zurückgenommen . . .	7	2	5	5	12	7
In Pflege am Ende des Jahres	3	2	5	11	8	13

Die Pflegerfamilien vertheilen sich dem Berufe nach folgendermaassen:

4 Handwerker,
2 Arbeiter,
1 Gärtner,
5 Krankenwärter.

Von den Kranken befanden sich 8 bei den Wärterfamilien, 13 bei Handwerkern u. s. w., 6 waren im Dorfe Saaben, 15 in Pr. Stargard untergebracht. Unter den primär Schwachsinnigen bestand die grössere Anzahl aus jugendlichen Kranken.

Seither sind noch mehrere Frauen in Pflege gegeben worden; bei diesen erhöht sich die Zahl der Idioten um 4, die der secundären Dementen um 5. Die Gesammtzahl der in Familien verpflegten Kranken betrug bis zum 30. Juni d. J. 30. Drei Pflegestellen waren neu hinzugekommen, davon zwei Handwerker- und eine Wärterfamilie.

Die Erfahrungen, die hier gemacht wurden, sind im Allgemeinen als befriedigende zu bezeichnen. Günstig in Bezug auf äussere Umgebung und auf Behandlung erscheinen die Kranken namentlich in den Wärterfamilien untergebracht. Um nach dieser Richtung noch weiter vorzugehen, besteht die Absicht, bei dem projectirten Bau von Wärterwohnungen diese zugleich den Bedürfnissen der Familienpflege entsprechend einzurichten.

Discussion: Stoltenhoff fragt nach den Bestimmungen der Verträge mit den Pflegern. Krömer theilt mit, dass die Verträge vom Direktor abgeschlossen und täglich aufgehoben werden können. —

4. Sander-Graudenz: Die neu errichtete Irrenabtheilung an der Strafanstalt zu Graudenz.

Seit dem 1. April d. J. ist an der Strafanstalt zu Graudenz eine besondere Abtheilung für geisteskranke Gefangene eingerichtet, die letzte von 5 ähnlichen Abtheilungen, welche im Laufe der letzten Jahre in Preussen errichtet wurden. Die Graudenzer Anstalt besteht aus einem 2stöckigen Bau, welcher von dem eigentlichen Strafanstaltsgebiet durch eine besondere Umfassungsmauer getrennt ist. Im Erdgeschoss befindet sich die Abtheilung für unruhige Kranke, im I. Stock die Aufnahme und Wachabtheilung, im II. Stock zwei Abtheilungen für ruhige und arbeitsfähige Kranke und Reconvalescenten. Die Belegzahl beträgt 50 Kranke, die Zahl der Einzelzimmer 9, davon 4 als Isolirzellen eingerichtet. Die Einrichtung der Wachsäle und Einzelzimmer entspricht psychiatrischen Anforderungen, Thüren und Fenster sind mit den in Strafanstalten üblichen Sicherheitsvorrichtungen versehen, um ein Entweichen zu verhindern. Die Kranken tragen besondere Kleidung, die sie von den übrigen Gefangenen unterscheidet, die Aufseher sind in Irrenanstalten vorgebildet. Die Kranken werden mit Stuhl- und Mattenflechten, ein Theil mit Gartenarbeit beschäftigt. Die Abtheilung ist telephonisch mit der Hauptanstalt und der Wohnung des Arztes verbunden, ausserdem führen von allen Abtheilungen elektrische Klingelzüge nach einem Zimmer im Erdgeschoss, von dem aus bei Tag und Nacht sofort Hülfe herbeigeholt werden kann.

Die Graudenzer Abtheilung nimmt alle Gefangenen aus den Strafanstalten und Gefängnissen der Verwaltung des Innern innerhalb der Provinzen Ostpreussen, Westpreussen, Posen und Pommern auf, sofern sie in Folge ihres Geisteszustandes einem Heil- oder Beobachtungsverfahren unterzogen werden sollen, ferner die gleiche Kategorie von Gefangenen aus den Justizgefängnissen der Oberlandesgerichtsbezirke Königsberg, Marienwerder und Posen. Die Aufenthaltsdauer in der Anstalt soll in der Regel nicht mehr als 6 Monate betragen, man nimmt an, dass dieser Zeitraum genügt, um eine endgültige Feststellung des Geisteszustandes herbeizuführen. Ueber diese Zeit hinaus können Kranke nur dann in der Irrenabtheilung verpflegt werden, wenn mit Sicherheit vorauszusehen ist, dass im Laufe der nächsten 6 Monate durch die Weiterbehandlung eine Besserung bis zur Strafvollzugsfähigkeit eintreten wird.

Die Graudenzer Abtheilung bietet somit ebenso wie die anderen derartigen Irrenabtheilungen eine erhebliche Entlastung der Irrenanstalten von den gefährlichsten und unangenehmsten Elementen. Auf der andern Seite steigt aber mit der erleichterten

Aufnahme aus den Strafanstalten die Zahl der unheilbaren geisteskranken Verbrecher, die nach wie vor in den Irrenanstalten Aufnahme finden müssen. Ueberall da, wo keine besonderen Abtheilungen für derartige Kranke existiren, ist deren Aufnahme erschwert, sodass hierdurch bereits eine Ueberfüllung einzelner Irrenabtheilungen eingetreten ist. Es giebt 2 Wege zur Abhilfe hierfür, entweder, dass die grösseren Communalverbände gesetzlich genöthigt werden, besondere Abtheilungen zur Internirung unheilbarer geisteskranker Verbrecher einzurichten, wie dies an einzelnen Orten bereits geschehen ist, oder die Errichtung besonderer Centralanstalten für derartige Kranke, wie in England, Amerika, Italien. Das letztere würde bei uns nur durch einen besonderen gesetzlichen Akt ermöglicht werden.

Discussion. Krömer fragt, ob auch Untersuchungsgefangene nach § 81 Str. P. O. aufgenommen würden und wie viel Aufseher bei Tage nöthig seien. S. erwidert, dass nur besonders schwer zu behandelnde Untersuchungsgefangene kämen und dass 1 Aufseher auf 5 Kranke komme. Der Arzt der Irrenabtheilung sei auch Arzt der Strafanstalt überhaupt. Auf eine Frage Encke's erwiedert S., dass Disciplinarstrafen angewendet werden könnten, dass sie aber im Allgemeinen mit denselben Mitteln wie in andern Anstalten auskämen. Kayser und Stoltenhoff wünschen, dass die Insassen möglichst lange zurückgehalten und dass nur die Verblödeten in die Provinzial-Irren-Anstalten übergeführt werden möchten. S. macht aufmerksam, dass, wenn die Unheilbarkeit festgestellt sei, die Insassen nicht mehr Gegenstand des Strafvollzugs sein könnten und daher entlassen werden müssten. Siemens hat stets betont, dass die Provinzial-Anstalten durch diese, an sich segensreichen Abtheilungen nur noch mehr mit geisteskranken Verbrechern beglückt werden, als früher. —

5. Krömer-Conradstein: Körperverletzungen, körperliche Misshandlungen als Ursache von Geistesstörungen. (Autoreferat).

An der Hand seiner Erfahrung als gerichtlicher Sachverständiger trägt Kr. zehn Fälle von Geistesstörung vor, die in Folge erlittener körperlicher Misshandlung zum Ausbruche gekommen sein soll. Fälle, in denen es sich um direkte Kopfverletzungen handelt, werden bei der Betrachtung ausgeschlossen. An sich solle die Möglichkeit, dass körperliche Misshandlungen eine Geistesstörung zur Folge haben können, nicht geleugnet werden. Nach Analogie der Reflexepilepsie könne durch anhaltende und schwere Misshandlung peripherer Körpertheile eventuell ebensogut einmal eine Geistesstötung hervorgerufen werden, zumal dann, wenn es sich um Verletzung von grösseren Nervenstämmen handle, um Narben an ungünstiger Körperstelle, die häufigen nenen Reizen ausgesetzt seien. In gewisser Beziehung käme es hierbei auf die Art des Gegenstandes an, mit welchem die Misshandlung erfolgt sei, insofern als ein weicher und nachgiebiger weniger gefährlich sei, als ein harter und fester. Reizungen, Drücken, Schlagen ungünstig gelegener Narben bezw. Verletzungen können wüthende Schmerzanfälle (Wuthparoxysmen) auslösen. Kommt es zu einer Betheiligung des Gehirns, zum Ausbruche einer Geistesstörung, so müssen sich die Zeichen einer Hirnerschütterung bemerkbar machen, es müssen in der Regel nachzuweisen sein, Hyperästhesieen, Paraesthesieen, vasomotorische Störungen, Pulsverlangsamung, Kälte oder Hitze der getroffenen Glieder, ausstrahlende Schmerzen derselben, Pupillenveränderungen, denen sich Lähmungserscheinungen, Erbrechen, Schwindel, Ohnmachten und ataktische Störungen anschliessen können. Psychisch macht sich eine erhöhte Reizbarkeit, Intoleranz gegen Alkohol, Energielosigkeit, Mattigkeit, Herabsetzung der rohen Kraft, Kopfweh, Abnahme des Gedächtnisses, Aenderung der Stimmung und des Charakters, auch Störungen der Sensibilität und der Sinnesthätigkeit bemerkbar.

Pathologisch-anatomisch findet man eine geringe Färbbarkeit der Zellen, Umwandlung derselben in eine stark gefärbte granulirte Masse, Ausdehnung der Gefässscheiden, die sich abheben, kleinzellige Infiltration ihrer Umgebung und eine abnorme starke Füllung der Gefässe selber. (Apelt, Kronthal, Schmauss, Kirchgaesser, Koeppen, Sperling, Edel, Friedmann u. A.). Scaliosi fand an Nisslpräparaten die Gliazellen schon nach einer Stunde, die Ganglienzellen etwas später verändert, er sah variköse Atrophie oder Entartungshypertrophie der Zellen, Chromatolyse, Vacuolenbildung im Zellleib, Homogenisirung des Kerns bis fast zum völligen Schwund der Gestalt des Zellkörpers. Parascandolo fand nach Körpererschütterungen ähnliche Deformationen des Zellkörpers, Fragmentation der Dendriten, variköse Anschwellung derselben und sonst Befunde wie Scaliosi.

Je mehr die feineren hirnanatomischen Untersuchungen bei Erschütterungen des Gehirns, bezw. des Körpers positive Befunde ergeben haben, um so weniger wird man behaupten können, dass es krankhafte Hirnsymptome ohne solche und ähnliche Befunde gäbe.

Der Vorgang bei solchen Erschütterungen sei etwa ebenso zu deuten, wie bei den hierauf bezüglichen Experimenten von Kocher, die die vorzugsweise Betheiligung des Blutgefässsystems erklären.

Gesunde Personen können selbst schweren Erschütterungen und Verletzungen ausgesetzt werden, ohne dass sie von seiten des centralen Nervensystems irgendwelche Erscheinungen zeigen. Anders ist es bei Personen, die Erkrankungen des Gefässsystems darbieten, bei Trinkern und Luetikern und Personen die aus disponirten Familien stammen. Bei diesen könne eine geringfügige Erschütterung grössere Erscheinungen machen, als eine erhebliche Erschütterung bei sonst Gesunden. Die verschiedenen Lebensphasen, die Zeit der körperlichen und geistigen Entwickelung in der Jugend, die Zeit der Geschlechtsreife, der Reconvalescenz, überstandene Krankheiten können disponirend wirken.

In Fällen, in denen eine solche Erschütterung des centralen Nervensystems zunächst nicht nachgewiesen sei, könne es sich um ungünstige psychische Einflüsse, um psychischen Shok, vorzugsweise um Schreck han-

deln, welche gleichfalls heftige Blutdruckschwankungen, Anämieen und Hyperämieen, ev. capillare Blutungen herbeiführen und darnach plötzliche Hemmungen aller geistigen Functionen, besonders auf psychomotorischem Gebiete bis zum Stupor und zur Aufhebung des Bewusstseins nach sich ziehen können. —

Die anatomischen und klinischen Erscheinungen seien vorzugsweise von fortschreitendem Charakter, könnten klein und kaum merkbar beginnen und mit den gröbsten Störungen enden. —

In der Praxis habe man nach solchen anatomischen und psychischen Krankheitserscheinungen zu suchen; der Erfahrene wird sie oftmals entdecken, wo ein Unerfahrener Nichts sieht. Immer sei eine genaue Anamnese aufzunehmen, die Persönlichkeit in körperlicher und psychischer Hinsicht vor der erlittenen Misshandlung festzustellen; eine gewisse Skepsis zu üben sei zweckmässig, da das Publikum nur zu geneigt sei, alle nachfolgenden Krankheitszustände auf einen Unfall, auf eine Verletzung bezw. Misshandlung zurückzuführen und vorausgegangene Schäden zu verschweigen.

Nach Anführung einiger Fälle aus der Literatur (von Bähr, Köster, Blencke u. A.) berichtete Vortragender cursorisch über seine eigenen Fälle, die zum Theil strafrechtlich zum Austrag gebracht worden seien.

1. 16 j. Dienstjunge wurde December 1890 von seinem Dienstherrn mit einem Stock gezüchtigt, sehr bald darauf soll er geisteskrank geworden sein. Maniakalische Erregung, die mehrere Wochen anhält und Anstaltsbehandlung erforderlich machte, aber in Genesung überging.

Die Untersuchung ergab ausser einigen Striemen auf dem Rücken und dem r. Schulterblatt keine der oben angeführten Störungen, dass der Geschlagene bereits Wochen lang vor der Prügel psychisch verändert war. Die seitens der kgl. Staatsanwaltschaft eingeleitete strafrechtliche Untersuchung gegen den Dienstherrn wurde niedergeschlagen, da nach diesseitigem Gutachten ein direkter Zusammenhang zwischen Misshandlung und Geistesstörung nicht mit Klarheit nachgewiesen sei.

2. 26 jähr. jung verheirathete Frau — Mutter geisteskrank — war von einer Flurnachbarin nach vorausgegangenen längeren Plänkeleien überfallen und durchgeprügelt worden. Darnach erst erregt, dann deprimirt, theilweise stuporös. Zustand von kurzer Dauer, von wenigen Tagen. Anstaltsbehandlung nicht nöthig. Der Ehemann der Misshandelten erhebt Anklage gegen die Schlägerin. Die Untersuchung ergab, dass die Misshandelte seit Jahren neurasthenisch sei, in der Jugend wiederholt an Ohrenentzündung gelitten, noch im Alter von 22 Jahren nach kurzer Entfernung von der Heimath von schwerem krankhaften Heimweh überfallen wurde, das erst nach ihrer Rückkehr nachliess. — Im Gutachten wurde hervorgehoben, dass eine derartig beschaffene Person durch den erlittenen plötzlichen Ueberfall hätte aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht werden können, um so eher, als sie durch ihre eben erst erfolgte Verheirathung und die damit verbundene Erregung, sowie durch erneutes starkes Heimweh und unbefriedigende äussere Verhältnisse psychisch sich nicht mehr in geordnetem Gleichgewicht befunden habe: eine gesunde Frau würde durch die erlittenen Schläge voraussichtlich nicht geisteskrank geworden sein. — Die Beklagte wurde wegen Misshandlung mit einer Geldstrafe belegt.

3. 12 jähr. Schulknabe, gesunde Abstammung, war von seinem Lehrer mit einem Stock gezüchtigt und am Ohre gerissen worden. Der Vater erhob Strafantrag gegen den Lehrer, weil sein Sohn darnach körperlich und geistig erkrankt sei. Er zeige Krampferscheinungen, sei rechtsseitig gelähmt, geistesabwesend, starre vor sich hin, lasse den Speichel aus dem Munde laufen. Ein beamteter Arzt diagnostizirte zunächst Hirnhautentzündung, dann Hirnabscess, und als der Junge nicht, wie erwartet, starb, sondern sich erholte, hysterisch-traumatische Lähmung. Ein anderer Arzt konnte in mehrwöchentlicher Krankenhausbehandlung weder Krämpfe noch Lähmungserscheinungen beobachten.

Mit Abgabe eines Obergutachtens betraut, konnte ich auf Grund der Untersuchungsakten feststellen, dass der Knabe schon seit mehreren Jahren ein chronisches Ohrenleiden habe, dass er seit ebensolanger Zeit träge war, nichts mehr lernte und in der Schule nicht mehr mit fortkam. Die vorliegenden ärztlichen Untersuchungen seien ungenau und lückenhaft; jedenfalls habe der Knabe weder an Hirnhautentzündung, noch an einem Hirnabscess, noch an hysterisch-traumatischer Lähmung gelitten. Es sei unmöglich, den Beweis zu liefern, dass die Krankheit durch die erlittenen Misshandlungen hervorgerufen sei. — Der Lehrer wurde wegen Ueberschreitung seines Züchtigungsrechts unter Annahme mildernder Umstände mit einer Geldstrafe belegt.

4. 20 jähr. Dienstjunge, Vater Vagabond, der seinen Sohn gleichfalls dazu erzog, sodass er keine Schule besuchte und geistig beschränkt blieb. Als Dienstjunge vermiethet, bekam er von einem Mitknecht Stockprügel wegen Trägheit, von denen er nur einige blutunterlaufene Stellen auf dem Rücken zeigte. Er bekam epileptische Krämpfe darnach, zeigte ein blödsinniges Verhalten, die ersteren häuften sich sehr stark, status epilepticus, Tod. — Anklage wegen Körperverletzung mit tödtlichem Ausgange. — Die Untersuchung ergab, dass der Geprügelte schon von Jugend auf epileptisch war, dass er deshalb die Schule nicht besuchen konnte, dass er durch die zahlreichen epileptischen Anfälle verblödet war. — Gutachten: es sei nicht zu erweisen, dass die gehäuften epileptischen Anfälle und der nachfolgende Tod mit Sicherheit auf die erlittenen Prügel zurückzuführen sei. — Untersuchung niedergeschlagen.

5. 21 jähr. Soldat, in der Familie mehrfach Epilepsie, in der Jugend und während der Schulzeit selbst epileptisch, deshalb geistig beschränkt. — Seit Jahren frei von Krämpfen, wurde er zum Militär ausgehoben, wurde dort wegen Trägheit und seinem sonst etwas auffälligen Wesen von seinen Kameraden öfters geprügelt und mit Fussspitzen an die Knie

gestossen. Wegen dieser Behandlung desertirte er zweimal. Als er das zweite Mal zurückgebracht wurde, erschien er verwirrt, dann tobsüchtig, weshalb er in das Garnisonlazareth, später in die Irrenanstalt gebracht wurde. In letzterer war er erst stuporös, später leicht maniakalisch, dann reizbar, mürrisch, unzufrieden, witterte überall Zurücksetzung und Benachtheiligung. Gebessert entlassen, machte er beim Militär Versorgungsansprüche, da er durch die Misshandlungen aufgeregt und in Geistesstörung versetzt worden sei; gegen eine Anzahl von Soldaten wurde Anklage wegen schwerer Körperverletzung erhoben. Die begutachtenden Aerzte erkannten an, dass das Hirn durch Epilepsie invalide sei, dass indessen die erlittenen Misshandlungen für sich allein im Stande gewesen wären, die Geistesstörung hervorzurufen. Diesem Urtheil wurde diesseits widersprochen, da sich herausstellte, dass der Geisteszustand des Geschlagenen von Jugend auf invalide und durch Epilepsie beeinträchtigt war und dass er beim Eintritt in's Militär bereits geistig abnorm war. Die Beklagten wurden wegen Misshandlung bestraft, wobei nicht angenommen wurde, dass die Misshandlung die Geistesstörung erzeugt habe.

6. 32jähr. Kutscher, Fall eines mit Häksel gefüllten Sackes von einer schiefstehenden Leiter herab auf Schulter und Nacken.

Familie und Betroffener gesund. Nach dem Fall kurze Zeit bewusstlos, darnach Schmerz- und Schwindelanfälle, neurasthenische Zustände, hypochondrisch-melancholische Depression. — 40 % Invalidenrente zuerkannt.

7. ca. 40jähr. Arbeiter aus gesunder Familie, beim Ausschachten eines Kanals mit Erde befallen, Quetschung des Brustkorbes. Darnach nervöse Erregbarkeit, Selbstmordversuche, Vergiftungs- und Verfolgungsideen, hystero-epileptische Krampfanfälle nach ca. 1 1/2 Jahren. — 75 % Rente. — Noch in der Anstalt.

8. ca. 30jähr. Mann, Hilfsbremser aus gesunder Familie; erlitt vor 9 und 8 Jahren zweimal Eisenbahnunfälle, wobei er das eine Mal einen Bruch der Kniescheibe, das andere Mal durch Schleifung auf einer Strecke von 10 m Länge eine Körpererschütterung erfuhr; nach 1 Jahr epileptische Krämpfe, nach 6 Jahren geisteskrank, maniakalisch, Verfolgungsideen. Nach halbjährigem Anstaltsaufenthalt genesen entlassen.

9. 25jähr. Eisenbahnarbeiter, gesunde Familie, Soldat gewesen. Eine mit Schienen beladene Handlowry ging über seinen linken Fuss und zerquetschte die ersten Zehen desselben. Amputation derselben, 3 monatliches Krankenlager. Ungünstig liegende straffe Narben von grosser Schmerzhaftigkeit. Darnach starke Erregung, Wahnideen religiösen Inhalts, noch in der Irrenanstalt. —

10. 40jähr. Frau, gesunde Famlie; geistig gering veranlagt, 14 mal geboren, jedes Jahr einmal. Ehe anfangs glücklich, später sehr unglücklich, da der Mann sich dem Trunke ergab — und seine Frau in der Trunkenheit häufig schlug. Wurde abwechselnd traurig und erregt. Wegen Tobsucht nach der Irrenanstalt, in der sie sich rasch erholte. Neben vielen Geburten und häuslichem Elend wurden die Prügel als vorzugsweise Krankheitsursache beschuldigt.

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt. S.

— **Irrenrechtliches.** Wenn man auf dem Gebiete des Irrenrechts so häufig Unsicherheiten und Unklarheiten begegnet, so trägt daran z. Th. der Umstand Schuld, dass der Begriff der Geistesstörung sich nicht willkürlich umschreiben lässt, sondern dass es sich hier um ein medicinisch-naturwissenschaftliches Object handelt, dessen Untersuchung und Beurtheilung auf naturwissenschaftlichem Wege zu erfolgen hat. Aber „die Natur macht keine Sprünge" und so lange man die geistige Gesundheit, die Zurechnungsfähigkeit nicht mit Mass und Wage prüfen kann, etwa wie die Tauglichkeit für den Militärdienst nach Brust- und Längenmass, so lange werden immer Fälle zweifelhafter geistiger Gesundheit bezw. Krankheit den Köpfen der Mediciner und Juristen zu schaffen machen und sensationelle Geisteskrankerklärungen die Presse in Athem erhalten. Eine andere Sache aber ist es, wenn in rein formellen Rechtsbestimmungen Unklarheiten fortgesetzt ihr Dasein fristen und zur Benachtheiligung der betreffenden geisteskranken Personen führen. Ein solcher Fall liegt vor, wenn, wie es thatsächlich zu geschehen pflegt, einem während der Strafhaft in Geisteskrankheit verfallenen Gefangenen die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit nicht auf die Strafzeit angerechnet wird, obgleich der § 493 der deutschen Strafprozessordnung vorschreibt: „Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurtheilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat". Es kann doch für diese Anrechnung keinen Unterschied ausmachen, ob ein Gefangener an einem Lungen-, Herz- u. s. w. oder einem Gehirnleiden erkrankt ist; der äussere Unterschied, dass der geisteskranke Strafgefangene in der Anstalt ohnehin seine Freiheit mehr weniger entbehrt, lässt es gerecht erscheinen, dass gerade ihm eine solche angerechnet werde. Es ist unverständlich, aus welchen Gründen und mit welchem Rechte sich bei Staatsanwälten die entgegengesetzte Praxis eingebürgert hat. Mögen diese Zeilen dazu beitragen, dass Remedur geschaffen werde. Br.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten.)

— Baden. Dr. Pfister, der bisher Prof. Emminghaus in Freiburg vertreten hat, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 18. 2. August. **1902.**

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

(Fortsetzung.)

Um- und Neubauten.

Die kleineren baulichen Veränderungen, welche in den meisten Anstalten fast alljährlich vorgenommen werden und in den Berichten mehr oder weniger ausführliche Besprechung finden, haben wenig allgemeines Interesse und können hier füglich übergangen werden. Ueber eigentliche Neubauten, sowie über Umbauten von principieller Bedeutung haben nur wenige Anstalten zu berichten.

Folgen wir der Reihenfolge des obigen Verzeichnisses, so wäre zunächst die Idioten-Anstalt zu Rastenburg zu erwähnen, welche ein auf 100 Insassen berechnetes Haus gebaut hat. Das Haus ist einflügelig, doch so eingerichtet, dass bei Bedarf leicht ein zweiter Flügel angebaut werden kann. Im Erdgeschoss sind 2 Tagesräume und 2 Schlafsäle für Knaben, im 1. Stock die gleichen Räume für Mädchen; im 2. Stock einige Pensionärzimmer; das Souterrain enthält den Speisesaal und Wirthschaftsräume.

Ueber umfangreiche Erweiterungsbauten berichtet Ueckermünde. Es sind dort in der 5jährigen Periode, auf welche der Bericht sich erstreckt, gebaut worden: je ein Beobachtungs- und je ein Isolirgebäude für Männer- und Frauen-Abtheilung; ein Wirthschaftsgebäude; ein Kesselhaus; eine Leichenhalle mit Sektions- und Microscopirzimmer; ein Beamtenwohnhaus. Ferner ist dort 300 m von den Krankenhäusern entfernt und durch Wald von ihnen getrennt ein Wirthschaftshof angelegt worden, mit Wohnung für 8 Kranke und 1 Wärter.

Die Beobachtungshäuser enthalten im Erdgeschoss, ausser einem geräumigen Tagesraum, einem Schlaf-

saal und den nöthigen Nebenräumen, die beiden durch eine grosse Schiebethür mit einander verbundenen Wachsäle, jeder auf 14 Betten berechnet; eine vorgebaute Veranda ist von beiden Wachsälen aus zugänglich. — Es wird besonders hervorgehoben, dass alle Fenster unvergittert sind, und dass die Lüftung durch aufklappbaren Oberflügel erfolgt. — Das Weglassen der Gitter ist, wenn man dafür die Fenster nicht öffnet, immerhin nur ein bedingter Fortschritt in der freiheitlichen Behandlung.

Die Häuser der Unruhigen sind nach dem Corridorsystem gebaut, wobei der Corridor als Tagesraum

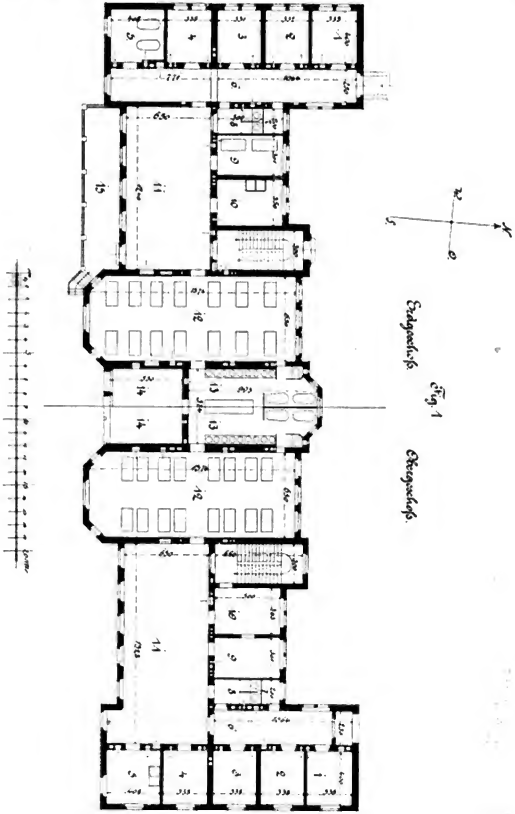


Fig. 1

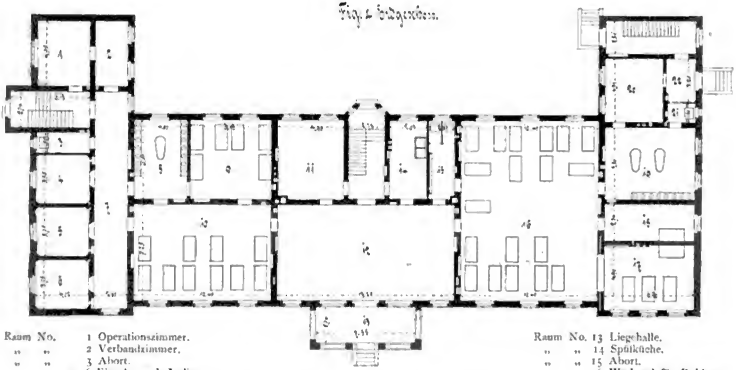
Sorau.

dient. Diese Art der Unterbringung der reizbaren und ungeselligen Kranken wird für zweckmässiger gehalten, als das Zusammensein in kleinen, mehr quadratischen Tagesräumen, weil sie mehr die Möglichkeit räumlicher Zerstreuung bietet; man wird dieser Ansicht wohl zustimmen.

Der Beschreibung der Neubauten sind mehrere Abbildungen beigefügt, von denen 2 in Nr. 5 des vorig. Jahrgangs dieser Wochenschrift wiedergegeben sind. Die Häuser sind bereits seit 97 im Gebrauch und haben sich bewährt.

wachungszimmer. In der Mitte des Gebäudes liegt ein Tagesraum mit vorgebauter Veranda, an dessen anderer Seite noch Schlafräume. Bäder, Aborte, Spülküchen, Garderobezimmer sind zweckmässig angeordnet. Ein Besuchszimmer hat direkten Zugang von aussen.

Das Obergeschoss enthält Dienstwohnung für den Oberwärter (resp. -Wärterin), Heim und Krankenzimmer für Wartpersonal und den Schlafraum für die Nachtwache; im Mittelbau ist oben noch eine kleine Krankenstation vorgesehen.



Raum No. 1 Operationszimmer.
" " 2 Verbandzimmer.
" " 3 Abort.
" " 4—6 Einzel- und Isolirzimmer.
" " 7 Flurgang.
" " 8 Bade-u. Waschraum.
" " 9/10 Wachs. f. Unruhige.
" " 11 Garderobe und Wärterzimmer.
" " 12 Tagesaufenthaltsraum.



Eberswalde.

Raum No. 13 Liegehalle.
" " 14 Spülküche.
" " 15 Abort.
" " 16 Wachsaal für Ruhige.
" " 17 Wachzimmer für Pensionäre.
" " 18 Ueberwachungszimmer.
" " 19 Bade- und Waschraum.
" " 20 Vor- und Besuchszimmer.
" " 21 Abort.
" " 22 Eingangsflur.

Eberswalde hat den Bau von zwei Aufnahmehäusern begonnen, je eins für Männer- und Frauenseite. Das Project wird unter Beifügung von Grundrisszeichnungen im Anstaltsbericht durch den Landesbaurath beschrieben.

Das Erdgeschoss enthält auf der einen Seite 3 Isolirzimmer, durch einen Corridor von den übrigen Räumen geschieden, ferner, mit besonderem Eingang von aussen her, ein Operationszimmer und ein Verbandzimmer; auf der anderen Seite die Ueberwachungsräume: einen grossen Wachsaal, der mir im Interesse einer zuverlässigen Ueberwachung schon fast zu gross erscheint, mit ihm verbunden einen besonderen Pensionärwachraum und ein Einzel-Ueber-

Die Heizungsanlage ist mit Niederdruckdampf eingerichtet, die Heizkörper sind in Mauernischen angebracht. Die Fussböden der Aborte, Bade- und Spülräume, erhalten Fliesenbelag, in den anderen Räumen Linoleum. Die Fenster werden mit Drehflügeln versehen. Warum? Die Gefährlichkeit der einfachen Stubenfenster für Krankenräume wird von vielen Irrenärzten noch sehr überschätzt. Wenn man aber glaubt, es damit nicht wagen zu dürfen, dann soll man lieber auch consequent sein und Gitter vorsetzen; dann kann man wenigstens ausgiebig lüften.

In Sorau wird ein neues Frauenhaus für 100 Kranke gebaut. Auch im Sorauer Bericht giebt der Landesbaurath die Beschreibung des Neubaus unter

Beifügung von Grundrissen. Das Haus ist 2 stöckig und hat in jedem Stockwerk 2 Abtheilungen, von 2 gesonderten Treppenhäusern zugänglich, in der Mitte durch den gemeinsamen Bade- und Waschraum verbunden. Den Tagesräumen des Erdgeschosses sind Liegehallen vorgebaut. Die beiden Abtheilungen des Erdgeschosses sind für tobsüchtige und unreinliche Kranke bestimmt, darum sind hier 2 Wachsäle à 14 Betten und nicht weniger als 8 feste Zellen. Die Zellenflügel enthalten noch besondere Badezimmer. — Die Abtheilungen des Obergeschosses sind für ruhigere Kranke bestimmt und sollen darum enger belegt werden. Hier werden in den Schlafräumen 25 cbm auf den Kopf gerechnet, während unten mit Rücksicht auf die Bettlägerigen 30 cbm angenommen werden. Auch oben ist noch eine Anzahl Einzelräume, wenn auch nicht in Form fester Zellen, vorhanden. — Der Mittelbau enthält noch ein Dachgeschoss, welches als Tuberkulose-Station gedacht ist. Dieses ist an die Niederdruckdampfheizung der Baderäume angeschlossen, während die übrigen Räume Luftheizung haben. Abfuhr nach dem Tonnensystem.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich die Art der Umzäunung des Gartens. „Um das gefängnissartige Aussehen einer Umwährungsmauer zu vermeiden", soll der Garten eine Umzäunung aus Drahtgeflecht erhalten, diese aber „von besonders starker Construction" sein und zudem auf einen 1 m hohen Sockel gesetzt werden. Letzterer wird von aussen durch eine zu bepflanzende Erdböschung verdeckt. — Also auch hier das Bestreben, nach aussen hin einen anderen Anschein zu erwecken, als den Thatsachen entspricht.

Ich sehe hierin ein Symptom eines Uebels, das sich vielfach bemerkbar macht. Die moderne Irrenpflege scheint mir in manchen Punkten auf Abwege zu gerathen; es wird ein in bedenklicher Weise sich steigernder Werth auf den äusseren Schein gelegt. Es liegt mir fern, speciell der Anstalt Sorau hieraus einen Vorwurf zu machen; ich benutze nur diesen Anlass, um die überall vorhandene Tendenz festzunageln. — Wir haben doch sonst das bewährte Princip, den Kranken immer offen die Wahrheit zu sagen: warum also sollen wir in den äusseren Einrichtungen der Anstalt unsere wahren Absichten verschleiern, den Kranken — und auch dem Publikum — Sand in die Augen streuen? Das Vertrauen, sowohl des Publikums wie der Kranken, gewinnt man nur durch rückhaltlose Offenheit. — Ich für meinen Theil habe die Ueberzeugung, dass wir keine Mauern brauchen, dass eine lebende Hecke oder ein gut gearbeiteter Lattenzaun überall ausreicht. Wenn aber eine Anstalt festere Umschliessung nöthig zu haben glaubt, ist es nöthig, das zu verbergen? Dass die Kranken durch den Anblick einer Umschliessungsmauer unangenehm berührt werden, ist doch nicht so häufig, wie man behauptet; man geht in solchen Sentimentalitäten heutzutage viel zu weit. Kranke, die überhaupt für solche Eindrücke empfänglich sind, wissen auch ohne Mauer, dass sie eingesperrt sind und empfinden es vor allem. Eher käme schon in Betracht, dass das Publikum lieber seine Kranken in die Anstalt bringt, wenn diese einen freieren Eindruck macht. Aber auch da ist es gefährlich, mit äusserem Schein zu arbeiten; wenn der Schein dem Innern nicht entspricht, wird dies nicht lange verborgen bleiben. Mache man es sich lieber zum Princip, die Kenntniss der Anstalts-Einrichtungen möglichst zu verbreiten, jedem, der sich dafür interessirt, die ganze Anstalt zu zeigen und zu beweisen, dass die Anstalt nichts zu verbergen hat; dann wird man besser dem Misstrauen entgegenarbeiten und braucht keinen äusseren Schein.

Der Berliner Bericht führt nur wenig Neubauten auf. In Dalldorf soll das Haus für Unruhige einen besonders festen Anbau für die Allergefährlichsten mit 10 Einzelzimmern, darunter 5 festen Zellen, erhalten. In Herzberge wird für Unterbeamte ein Wohnhaus mit 4 Dienstwohnungen gebaut. Ferner müssen die Stallungen etc. vergrössert werden. Der Bau der neuen Anstalt in Buch ist begonnen worden, nachdem die Versuchsbohrungen die erforderliche Wassermenge (120 cbm p. Stunde) ergeben haben.*)

Württemberg berichtet über den Umbau von überflüssig gewordenen Zellen-Abtheilungen in Schlafsäle in Winnenthal, Zwiefalten und Weissenau. Ausserdem wurde in Winnenthal der Neubau einer Wachabtheilung für unruhige Frauen im Rohbau vollendet. Eine Beschreibung dieser Bauten wird nicht gegeben.

Sonnenstein hat ein Gebäude für Paralytiker und unsociale Kranke im Rohbau vollendet, ferner den Bau einer Kirche begonnen und plant weitere Neubauten. Eine Beschreibung dieser Gebäude wird nicht gegeben.

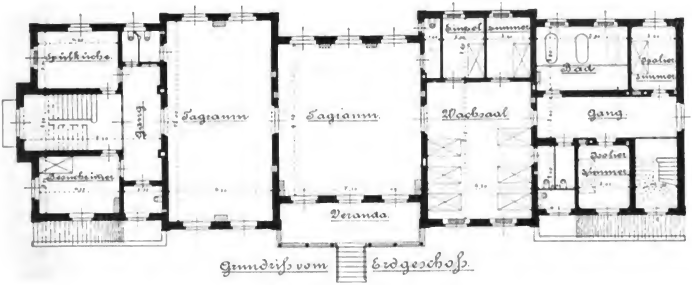
Hochweitzschen hat in der „Ansiedlung" 2 Kinderhäuser, je eins für Knaben und Mädchen,

*) Anmerkung bei der Correctur. Von den westphälischen Provinzialanstalten berichtet Lengerich über den Beginn wichtiger Erweiterungsbauten, welche theils im Rohbau vollendet, theils eben begonnen sind. Auf eine Beschreibung werden wir wohl erst nach Fertigstellung der Gebäude rechnen dürfen. — Die Anstalt Aplerbeck wird im Berichte ausführlich beschrieben; näheres Eingehen hierauf ist jetzt leider nicht mehr möglich. Auch in Aplerbeck sind noch Erweiterungsbauten geplant.

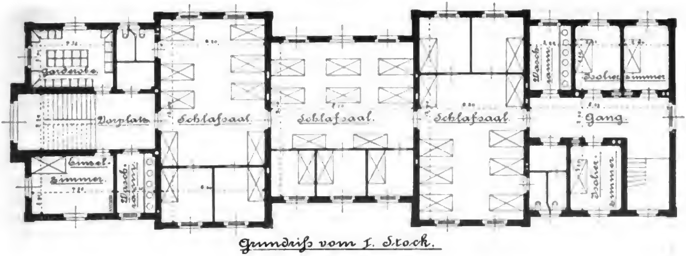
jedes für 40 Kinder nebst dem nöthigen Personal, gebaut. Das Mädchenhaus enthält ausserdem Schulräume und die Wohnung des Lehrers. Warmwasserheizung; Tonnenaborte; Fussböden: Asphalt mit Linoleum. Im Keller Baderäume mit je 4 Wannen.

Ferner ist dort ein Krankenhaus gebaut, das Erdgeschoss für 38 Frauen und Kinder, das Obergeschoss für 42 Männer. In jedem Geschoss ist eine überdachte Loggia für Freiluftbehandlung eingebaut. Auch ist in jedem Geschoss ein Besuchszimmer, ein Operations- und Verbandzimmer, ein Wartezimmer für ambulante Kranke, ein Badezimmer mit 4 Wannen vorhanden; im Erdgeschoss ist auch die Hausapotheke untergebracht.

Von ausserdeutschen Berichten ist zunächst Ungarn zu erwähnen, welches die Eröffnung einer Irrenabtheilung beim Staatsspital zu Pozsony meldet. Sie ist für 316 Kranke beiderlei Geschlechts berechnet und wurde „unter Benutzung aller modernen technischen Errungenschaften, und unter Berücksichtigung aller Anforderungen der Irrenpflege aufgebaut“. Eine genauere Beschreibung wird nicht gegeben; doch ist eine Photographie und ein Grundriss dem Bericht beigegeben.



Wil.



Wil.

Endlich hat noch Wil über die Eröffnung zweier neuer Häuser zu berichten, welche ausführlich beschrieben und durch Beifügung von zwei Ansichten und 3 Grundrissen veranschaulicht werden. Die Häuser sind ganz symmetrisch gebaut, je eins für Männer und Frauen. Sie sind einstöckig; nur der mediale Flügel hat einen Oberstock, der eine Privatwohnung enthält. Der mittlere Theil des Erdgeschosses umfasst 4 grosse Räume, deren grösster als Wachsaal gedacht und für im Ganzen 15 Betten be-

stimmt ist. Der Wachsaal hat einen eigenen Abort; seitlich stossen an den Wachsaal 3 Isolirzimmer. Die 3 andern grossen Räume des Mittelbaues sind noch ein Schlafsaal, der mit dem Wachsaal in direkter Verbindung steht, und 2 Tagesräume, von denen einer als Speisesaal eingerichtet ist. Die Nebenräume sind zweckmässig angeordnet. Als Wandbekleidung ist sogenannte Salubratapete verwendet worden, ein auf Leinwand gedrucktes Oelfarbenmuster, die wie Oelfarbenanstrich gereinigt werden kann. Für den Fussboden der Isolirzimmer ist Xylolith-Belag verwendet worden. Niederdruckdampfheizung. — Zur Einfriedigung des Gartens dient ein 1,7 m hoher Staketzaun.

Ausser diesen beiden schon bezogenen Häusern waren zur Berichtszeit noch 2 weitere, für Halbruhige bestimmte Häuser im Bau.

Hygienisches.

Ueber sanitäre Einrichtungen pflegen die Anstaltsberichte sich nur dann zu äussern, wenn über Neuerungen oder Verbesserungen zu berichten ist, oder wenn besondere Nothstände im Berichtsjahr zu verzeichnen waren. Die Ausbeute an interessirenden Mittheilungen über solche Dinge ist daher in unsern Berichten gering.

Zu den wichtigsten solcher Einrichtungen gehört natürlich die Wasserversorgung. Göttingen hat im Berichtsjahr sich an die städtische Wasserleitung angeschlossen. Gehlsheim hat einen dritten Tiefbrunnen angelegt, nachdem Bohrungen in 42 m Tiefe ein an Menge und Qualität befriedigendes Wasser ergeben hatten, und hat dadurch den Wassermangel der früheren Jahre beseitigt. In Rybnik hat man auf dem sog. Josefshof erst nach langen Bohrversuchen geeignetes Wasser gefunden, sodass nun erst der Bau einer Krankenvilla dort in Aussicht genommen werden konnte. In Weissenau war durch anhaltende Trockenheit die vorhandene Wassermenge auf 75 Liter pro Kopf gesunken, so dass man genöthigt war, zeitweilig die Bäder ganz auszusetzen und sonst aufs äusserste zu sparen; es soll deshalb nun eine neue Wasserleitung gebaut werden. Auch Untergöltzsch hatte über Wassernoth zu klagen und will darum Sammelbassins anlegen, in denen in wasserreicher Zeit Wasser angesammelt wird.

Ueber Ventilationseinrichtungen finde ich gar keine Angaben, über den auf den Kopf der Insassen zu berechnenden Luftcubus nur wenige Andeutungen. Göttingen ist, wie anderwärts schon erwähnt wurde, unter das durch die Ministerialverfügung für Privatanstalten vorgeschriebene Mindestmaass beträchtlich heruntergegangen, weil eben mehr Kranke untergebracht werden mussten. Zschadrass rechnet für ruhige 14—17, für unruhige 22—23, für die Bettbehandlung 26—33 cbm pro Kopf.

Ueber Heizung und Beleuchtung ist fast nur bei den Neubauten die Rede, sonst wird kaum etwas Bemerkenswerthes mitgetheilt.

Hinsichtlich der Abfuhr ist wieder Göttingen zu erwähnen, welches seine Rieselfelder gegen den Vorwurf in Schutz nimmt, dass sie durch ihre ungenügende Grösse die Anwohner gefährden.

An dieser Stelle mag erwähnt werden, dass von einer Brandenburgischen Anstalt dem Kreisarzte, welcher revidiren wollte, der Zutritt verweigert wurde mit der Begründung, dass nur der Aufsichtsbehörde des Provinzialverbandes das Recht der Revision zustehe. Ob diese Auffassung richtig ist, fragt sich; es ist mir zufällig bekannt geworden, dass eine andere Provinzialbehörde in anderm Sinne entschieden hat. Nach dem Wortlaute des § 100 des Kreisarztgesetzes könnte man vermuthen, dass Brandenburg Recht hat. Denn dort wird der Kreisarzt ausdrücklich nur zur Revision der Anstalten angewiesen, die der Aufsicht des Regierungspräsidenten unterstehen; und das trifft auf die Provinzialanstalten nicht zu; diese unterstehen nach der Provinzialordnung der Oberaufsicht des Oberpräsidenten. Andererseits dürfte der Kreisarzt das Recht haben, aus bestimmten Anlässen, z. B. beim Ausbruch einer Epidemie, die Anstalt zu besuchen; leider ist im Brandenburger Bericht nicht mitgetheilt, welcher Anlass den Kreisarzt in die Anstalt geführt hat.

In den Mittheilungen über den Gesundheitszustand nehmen die Zusammenstellungen über die Todesfälle nach Zahl und Ursachen einen breiten Raum ein, ohne dass sonderlich wichtige Ergebnisse dabei zu verzeichnen wären. Von allgemeinerem Interesse sind eigentlich nur die Mittheilungen über Infectionskrankheiten.

Die Hauptrolle spielt da natürlich die Tuberkulose. Ueckermünde ist in der Lage, durch Zusammenstellung aus den letzten 5 Jahren nachzuweisen, dass, entsprechend den Ergebnissen des Noetel'schen Referates, die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose von der Dichtigkeit der Belegung der Anstalt abhängig ist. Vielleicht beruhen hierauf die grossen Verschiedenheiten in den Zahlen der einzelnen Anstalten. Nur wenige Beispiele mögen diese Verschiedenheit illustriren: in Leubus war bei der Hälfte aller Gestorbenen Tuberkulose die Todesursache, in

Brieg bei 25 %, in Conradstein bei 12 : 77; in den rheinischen Anstalten schwankte die Zahl von 7 % in Grafenberg bis 24 % in Andernach; Sorau hat auf der Frauenseite viel Tuberkulose und vermuthet die Ursache in der Ueberfüllung. Eichberg berichtet, dass dort die Tuberkulose auffallend häufig zur Ausheilung gelangt, und sieht in der günstigen klimatischen Lage die Ursache für diese Erscheinung. Sehr viel Tuberkulose haben die Idiotenanstalten aufzuweisen, z. B. waren in Rastenburg unter 17 Gestorbenen 16 tuberkulös.

Eine eingehende Untersuchung über das Vorkommen der Tuberkulose in der Anstalt theilt im Bericht der Friedmatt Dr. Fankhauser mit. Er fand, dass die Sterblichkeit an Tuberkulose in der 86 eröffneten neuen Anstalt bedeutend geringer ist als sie in der alten war, und dass sie in der Anstalt auf die Zahl der Todesfälle berechnet 3 1/2 mal kleiner, auf die Zahl der lebenden Bewohner berechnet 2 1/2 mal grösser ist, als bei der Bevölkerung der Stadt Basel. Die durchschnittliche Phthisemortalität in den 4 Anstalten Friedmatt, Waldau, Burghölzli und Königsfelden zusammen betrug 12,4 % der Gestorbenen und 1 % der Insassen; in der Friedmatt allein nur 7,08 % resp. 0,9 %. Ferner fand er, dass mehr geisteskranke Frauen an Phthise sterben als Männer; dass die Phthisiker in der Anstalt durchschnittlich ein höheres Alter erreichen; und dass bei mehr als der Hälfte der Fälle die Geisteskrankheit der Tuberkulose vorangeht. Die Ergebnisse stützen sich auf ein umfangreiches statistisches Material, welches in der Arbeit mitgetheilt wird.

Von anderen Infectionskrankheiten wird in den meisten Berichten die Influenza erwähnt; doch handelt es sich in der Regel nur um einzelne Fälle, nur wenige Anstalten berichten über umfangreiche Epidemien.

Der Typhus ist in diesem Berichtsjahr nur sporadisch aufgetreten. Einige Anstalten, z. B. Weilmünster, Hördt berichten über eine auffällige Bevorzugung des Pflegepersonals durch den Typhus.

Vermehrtes Interesse finden, seit Kruse's Mittheilungen (Psychiatrische Wochenschrift 1901, Nr. 41) die Ruhr und ruhrähnliche Erkrankungen. In Sorau fand man bei der Section von 2 Kranken, die an ruhrartigen Durchfällen gelitten hatten, eine Pseudodiphtherie des Darmes, „wie diese besonders bei alten verblödeten Kranken nicht allzu selten vorkommt". In Stephansfeld kamen in den heissen Sommermonaten Fälle von „Pseudodysenterie" vor, der 2 70jährige erlagen. Sonnenstein berichtet über eine ruhrartige Erkrankung, die schon im Vorjahr beobachtet wurde, und sich in einzelnen Fällen das ganze Jahr hindurch fortgeschleppt hat. Der Berichterstatter hält die Erkrankung nicht für echte Ruhr, sondern für identisch mit der von Kruse beschriebenen Krankheit, welche auf einen dem Ruhrbazillus zwar ähnlichen, aber doch von ihm verschiedenen Erreger zurückzuführen ist. Der rheinische Bericht erwähnt die Bonner Epidemie, an der Kruse seine Studien gemacht hat, und die 100 Männer und 200 Frauen, meist Schwache und Sieche, betraf. Die im Berichtsjahr in Düren aufgetretenen Fälle wurden dagegen als Magendarmkatarrh bezeichnet, und die Grafenberger Fälle (11 Männer, 10 Frauen) waren echte Ruhr, deren Einschleppung von aussen nachgewiesen werden konnte. Echte Ruhr ist ausserdem in Saargemünd in 6 Fällen beobachtet worden.

Behandlung und Pflege der Kranken.

a) In der Anstalt.

Der erbitterte Kampf zwischen den begeisterten Vorkämpfern des Fortschritts und den konservativen Anhängern der alten Tradition in Sachen der Irrenbehandlung lenkt mehr und mehr in ruhigere Bahnen ein, und die ersteren sind bald unbestritten Herren des Schlachtfeldes. Das musste ja so kommen; denn die Zukunft gehört immer der Jugend, und die alten Machthaber können wohl eine Zeit lang hemmen, verzögern, aber endlich schreitet die Zeit über sie hinweg.

(Fortsetzung folgt.)

Nochmals zur Benennung der öffentlichen Irrenheilanstalten.

Unter den Mittheilungen der Nummer 15 dieser Wochenschrift wurde die hie und da rege werdende Strömung gegen die Bezeichnung „Irre" glossirt und unter anderem gefunden, dass die von mir aufgeworfene Frage: „Warum den sich selbst bewussten Geisteskranken nicht den Namen belassen, für was sich die meisten halten, — nervenkrank!" überhaupt nicht zu stellen sei. Ich kann nicht umhin dieser Kritik Einiges zur Berichtigung entgegen zu stellen. Schreiber jener Mittheilung findet, dass die Belassung der psychisch Kranken in dem Glauben, sie seien nervenkrank, eine Irreführung derselben und mit jenem Missgriff gleich zu stellen sei, wenn Kranke ihren Wahnideen gemäss titulirt werden. Da muss ich denn doch bitten: Der Vergleich stimmt nicht. „In gar nicht seltenen Fällen — sagt Herr . . . . f. — ist es sogar geboten dem Kranken zu sagen, dass er geisteskrank sei." Gewiss ist solches manchmal geboten, gelegentlich um Krankheitseinsicht zu erwecken, Zwangsideen als solche im Bewusstsein des Kranken zu objectiviren u. s. w. Doch geschieht dies zumeist mit Umschreibung und mit eventueller Geltendlassung der Nervenkrankheit. Das Vorhalten des Wortes Geisteskrank oder Irrenanstalt ist psychiatrisch niemals geboten. In einer weit grösseren Zahl der Fälle gebieten es irrenärztlicher Takt und psychotherapeutische Rücksichten den psychisch Kranken im Glauben zu belassen, er sei nervenkrank. Geschieht denn das nicht tagtäglich in gemischten Privatanstalten, wo der Kranke unter diesem Titel sich willig jeder Anordnung fügt? Ist es durchaus nothwendig, dem Kranken vorzuhalten: „Sie befinden sich im Irrthum, Sie sind hier als Geisteskranker". In gewissen leichten Fällen — ich erinnere nur an die auf dem Boden neuropathischer und psychopathischer Diathese entstandenen Zustandsbilder — ist die Benennung Nervenkrank schonender und ist auch pathologisch nicht widersinnig, andererseits dient sie bei vielen schwer Gestörten als erwünschtes Beruhigungsmittel.

Nervenkrank oder Gehirnkrank ist zwar nicht synonym mit Geisteskrank. Aber der landläufige Sinn dieses letzteren Wortes ist so ziemlich synonym mit „Verrückt", „Narr" und entspricht durchaus nicht jenen vielen leichteren Fällen ohne augenfällige Bewusstseinsstörung, die einer öffentlichen Irrenheilanstalt zuströmen.

Es handelt sich hier weniger um Präcision als um einen Modus, die sich bewussten Kranken vor einer höchst beunruhigenden Erkenntniss zu schonen, andererseits die Heilstätte für psychisch Kranke denselben ohne die Gefahr ihrer socialen Schädigung zugänglicher zu machen.

Gegen die Zusammenstellung „Nerven- und Gemüthskranke" lässt sich nichts einwenden. Hauptsache bleibt, dass das Wort „Nervenkrank" mit darin ist, was ja auch den pathologisch-anatomischen Beziehungen entspricht. Sind doch die Geisteskrankheiten nichts anderes als specifische Erkrankungen des Nervensystems mit mehr oder weniger vorwiegenden psychotischen Symptomen. Wir können die Benennung Nervenkrank als wichtiges psychotherapeutisches Hülfsmittel in der Anstaltspraxis kaum entbehren, weil das Bewusstsein der körperlichen Krankheit eine oft sehr erwünschte Basis zur weiteren Behandlung liefert

Was den „unlauteren Wettbewerb" anlangt, darüber kann ich mir kein Urtheil bilden, weil ich nur Heilanstalten für die grossen Volksklassen als Organe der staatlichen Irrenfürsorge im Auge halte und über den geschäftlichen Theil der Frage nicht nachdachte.

Oláh.

Mittheilungen.

— **Ueber krankhafte Furcht** schreibt ein medicinischer Mitarbeiter des „Matin": Die Krankheit des Königs von England hat unter anderen Folgen die gehabt, bei unseren Neuropathen ein besonderes Leiden, das man „die Furcht vor der Blinddarmentzündung" nennen kann, zu entwickeln oder vielmehr zu erwecken. Seit vierzehn Tagen legen sich viele Leute Abends nicht schlafen, ohne sich angstvoll zu fragen, ob sie nicht am nächsten Morgen mit einer Blinddarmentzündung aufwachen werden. Sie befühlen sich ihren Unterleib oder lassen sich ihn von Aerzten befühlen, um wenn möglich genaue Auskunft über den Zustand ihres Blinddarms zu erhalten. Sie haben, wenn man sich so ausdrücken darf, ihren Blinddarm mindestens ebenso im Kopf wie im Leib. Die geringste Bewegung im Innern ihrer Organe ist für sie ein Zeichen von Blinddarmentzündung, und wenn sie unglücklicherweise in ihrer Jugend einen Kirschkern verschluckt haben, giebt es überhaupt keinen Zweifel mehr. (Hamburger Nachrichten.)

— **Ungarn**. Ende Oktober d. J. findet in Budapest die zweite irrenärztliche Landesconferenz statt.

— **Berlin**. Am physiologischen Institut der hiesigen Universität ist eine neurobiologische Abtheilung neu eingerichtet. Sie wird sich im Wesentlichen mit der Gehirnforschung zu befassen haben, und ihre Errichtung erfolgte in der Erwägung, dass die Erforschung des menschlichen Gehirns bisher sehr langsame Fortschritte gemacht hat, weil die Pflege dieses Wissenszweiges nach der anatomischen und physiologischen, der psychiatrischen und psychologischen Richtung bisher in getrennten Instituten und unter Zerreissung natürlicher Zusammenhänge verfolgt wurde. Der Be-

deutung dieses wichtigsten, alle sonstigen Theile beeinflussenden Organs des menschlichen Körpers entsprach es daher, dafür ein besonderes Laboratorium einzurichten, welches, an das physiologische Institut angegliedert, die verschiedenen Seiten der neurobiologischen Forschung zusammenzufassen und so die Erkenntniss auf diesem Gebiete zu vertiefen und zu fördern im Stande ist. Die Aufgabe dieser Anstalt für Gehirnforschung soll darin bestehen, die Leistungen anderer wissenschaftlicher Institute ergänzend, auf dem Gebiete der Nervenanatomie, Nervenphysiologie und Psychologie solche Erscheinungen des einen dieser Wissensgebiete, welche gerade von specieller Bedeutung für die anderen sind, sowie ärztlich wichtige normale Erscheinungen vom Standpunkt des Arztes und umgekehrt für die Wissenschaft des Normalen werthvolle pathologische Phänomene mit Rücksicht auf diese besondere Bedeutung systematisch durchzuarbeiten. Im Kreise dieses Arbeitsprogrammes soll die neue Anstalt auch soweit lehren und anderweitiges Lehren und Forschen fördern, als es bisher in anderen Instituten noch nicht geschieht. Diese Forschungen hat bisher der Dr. Oskar Vogt in seinem Privatinstitut auf eigene Kosten betrieben und eine sehr instruktive Sammlung von neurobiologischen Präparaten zusammengebracht, die in Fachkreisen gerechte Anerkennung gefunden hat. Die Regierung hat daher diese Sammlung für 50000 M. angekauft und sie als Grundstock für die neurobiologische Abtheilung dem physiologischen Institut überwiesen. Zum Vorsteher dieser Abtheilung ist nunmehr, der „Nat.-Z." zufolge, Dr. Vogt ernannt worden, der dadurch in die erwünschte Lage versetzt wird, sein specielles Forschungsgebiet weiteren wissenschaftlichen Kreisen zugänglich zu machen.

— **Hildburghausen.** Der Hilfsverein für Geisteskranke im Herzogthum Meiningen hat sich zu Massnahmen entschlossen, die verdienen, weiteren Kreisen bekannt zu werden. Es ist eine tausendfach bewiesene und von sachverständiger Seite allgemein anerkannte Thatsache, dass Nerven- und Gemüthsleiden um so schneller und günstiger verlaufen, je frühzeitiger sie sachverständig behandelt werden. Mit Rücksicht hierauf erbietet sich der Hilfsverein für Geisteskranke im Herzogthum für derartig Leidende, welche nachgewiesen mittellos, aber nicht gemeingefährlich und nicht länger als vier Wochen krank sind, die Kosten eines Aufenthaltes in der Heilanstalt zu Hildburghausen auf die Dauer von drei Monaten je nach Umständen ganz oder theilweise zu übernehmen. Zur Aufnahme solcher Kranken in die Anstalt erforderlich ist also der Nachweis: a) der Staatsangehörigkeit als S.-Meininger, b) der Mittellosigkeit, c) der Krankheit und ihrer bisherigen, vier Wochen nicht überschreitenden Dauer (von einem approbierten Arzt zu erbringen).' Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, dass allen solchen Kranken ohne Ausnahme im Hauptgebäude der genannten Anstalt jeden Mittwoch und Sonnabend nachmittags von 2 bis 4 Uhr ärztlicher Rath und ärztliche Hilfe unentgeltlich zur Verfügung stehen.

— **Gewerbesteuerfreiheit der Heilanstalten für Nervenkranke.** Nach einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts sind Irren- und Nerven-Heilanstalten, deren Betrieb vorzugsweise als Mittel zum Zweck der irrenärztlichen Thätigkeit dient, der Gewerbesteuerpflicht nach § 4 Nr. 7 des Gewerbesteuergesetzes nicht unterworfen. Im übrigen ist der Betrieb einer vom Arzte betriebenen und geleiteten Irren- oder Nervenheilanstalt regelmässig gewerbesteuerpflichtig. Im vorliegenden Streitfalle waren aber keinerlei Anzeichen dafür gegeben, dass die Anstalt anderen Zwecken dienen soll, als der Ausübung des ärztlichen Berufes des Leiters. Eine erfolgreiche Behandlung zur Heilung von Geistes- und Nervenkranken könne regelmässig nur in einer solchen Anstalt geschehen und diese wiederum diene erfahrungsmässig am besten ihrem Zwecke, wenn sie unter der obersten Leitung eines Special-Irrenarztes stehe.

— **Irrenrechtliches.** Die „Nation" vom 12. Juli schreibt: „Von einem Freunde der „Nation" werden wir auf eine Prozessverhandlung aufmerksam gemacht, die sich in Greifswald abgespielt hat. Es stand ein Mann vor Gericht, der des Mordes mehrerer Knaben angeklagt war und der daher, wenn er bei Begehung der Thaten zurechnungsfähig gewesen, nicht das geringste Mitleid verdient. Und um die Frage der Zurechnungsfähigkeit handelte es sich vor allem bei der Verhandlung. Der eine Sachverständige war der Ansicht, dass das „Bewusstsein des Angeklagten in gewissem Grade getrübt gewesen sei; die anderen vier Sachverständigen halten es für ausgeschlossen, dass der Angeklagte mit Ueberlegung gehandelt hat". Wie nahm nun gegenüber diesen Ausführungen der Erste Staatsanwalt Herr Hübschmann Stellung? Er führte aus, dass in dieser Verhandlung wieder die „Ohnmacht des Rechtsschutzes gegenüber der Wissenschaft" gezeigt werden solle, und er wendete sich an die Geschworenen besonders nachdrücklich mit folgenden Worten:

„Wenn Sie hinter die Frage die vier Buchstaben n e i n schreiben, wird der Mann freigesprochen, und wenn Sie dann einmal wieder von einem Lustmord hören, dann werden Sie die Verantwortung fühlen".

Solche Aeusserungen verdienen vor allem auch darum Beachtung, weil sie vielfach für den Geist, der in der Staatsanwaltschaft herrscht, typisch sind.

Eine derartige Geringschätzung der Gutachten medicinischer Sachverständiger lässt sich nur daraus erklären, dass der Vertreter der Anklage über die Zusammenhänge zwischen Verbrechen und geistiger Erkrankung nicht genügend unterrichtet ist, und eine Apostrophe so gewagter Art wird nur jener an die Geschworenen richten, der für eine Verurtheilung nicht nur das kühle, objective Räsonnement, sondern selbst das Mittel moralischer Pression glaubt einsetzen zu sollen.

Mit einem Mörder hat niemand Mitgefühl; aber ein Vorgehen wie das des Staatsanwalts Hübschmann in Greifswald birgt freilich die Gefahr, dass statt der Verbrecher auch kranke Unglückliche dem Arm der Gerechtigkeit verfallen. Dieses absprechende Selbstbewusstsein der Staatsanwaltschaft gegenüber dem Gutachten medicinischer Sachverständiger kann zu Verurtheilungen führen, die der Nachwelt als eben so grosse Miss-

griffe wie die Verurtheilung von Hexen erscheinen werden."

Referate.

— **Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten**, von Dr. Hugo Hoppe-Königsberg. (158 S.) Verlag von Carl Marhold-Halle a. S. Preis 4 M.

Hugo Hoppe hat sich — man kann es ruhig sagen — den Dank aller Irrenärzte dadurch verdient, dass er, der Aufforderung des rührigen Verlags von C. Marhold folgend, sein ungemein wichtiges und sorgfältig gesammeltes Material, das zum Theil schon in seinen früheren Aufsätzen über die Stellung der Irrenärzte erschienen ist, nun in erweiterter Form und mit der Fülle seiner Erfahrungen auf diesem Gebiete bereichert in einem besonderen Buche herausgegeben hat.

Es ist dieses warme Eintreten für unsre Interessen um so anerkennens- und dankenswerther, als er selbst von der Anstaltsthätigkeit sich zurückgezogen hat.

Als Motto wird dem Werke der Satz von Fr. Paulsen vorausgestellt, den Jeder von uns sich gründlichst einprägen möge:

„Jeder Stand ist es sich selbst und seiner Aufgabe schuldig, auf der ihm zukommenden Stellung und Ehre unter den übrigen zu bestehen: seine Leistungsfähigkeit wird durch das Ansehen, in dem er steht, bedingt."

Der Verf. bringt dann auf 57 Seiten zunächst seine umfangreichen und bis auf die letzte Zeit ergänzten statistischen Zusammenstellungen über die Gehalts- und Beförderungsverhältnisse der Directoren und Aerzte der Irrenanstalten nicht nur der einzelnen Staaten Deutschlands, sondern auch der meisten Staaten ganz Europas und Nordamerikas in Tabellenform zur übersichtlichen Darstellung.

Die daran sich anreihenden Vergleiche sind sehr interessant, freilich auch durch die offenkundige Unzulänglichkeit und Ungleichheit, man möchte beinahe sagen, Willkürlichkeit sowohl im Anfangsgehalt, wie in den Zulagen, im Höchstgehalt, in der Zeit des Aufrückens und den sog. Emolumenten bei Directoren und Aerzten mehr als betrübend. Besser konnte die Nothwendigkeit einer durchgreifenden Reform nach einheitlichen Gesichtspunkten gar nicht erwiesen werden.

Im Anschluss daran wird dann noch besonders das Dienstalter der Aerzte, die Möglichkeit und Dauer des Aufrückens vom Assistenzarzt zum staatlich angestellten Arzt und zum Director (unter gleichzeitiger Vergleichung der Gehaltsbezüge) abgehandelt und auch hiernach höchst ungünstige Chancen für uns festgestellt.

Als ein Missstand wird es betrachtet, dass die Bewerbung um erledigte Stellen gewöhnlich nicht zu einer allgemeinen gemacht wird, sondern die Besetzung meist zum voraus schon feststeht.

Die Assistenzärzte sind meist auf Kündigung angestellt und haben keine Pensionsberechtigung, was übrigens auch nicht selten für Oberärzte zutreffe. Bestimmte Einzelfälle zeigen das Entwürdigende dieser Lage.

Drastisch wirkt auch der Vergleich der Einkommensverhältnisse von höheren Subalternbeamten gegenüber denen der Irrenärzte; wir kommen dabei sehr schlecht weg; die Lebensarbeit eines Militäranwärters wird im allgemeinen höher bezahlt als die eines Irrenarztes.

Auch bei einem Vergleich mit Militärärzten und Beamten des Richterstandes verlieren wir bedeutend, ebenso gegenüber dem Lehrerstande, wenigstens in dessen höheren Dienstjahren.

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in den andern Kulturstaaten gestalten sich, von Ausnahmen abgesehen, die Besoldungsverhältnisse der Irrenärzte äusserst unbefriedigend.

Des weiteren geht Hoppe auf das Thema der Ueberbürdung der Irrenärzte im Dienste, auf das Zahlenverhältniss der Aerzte zu den Kranken und zu der Gesammtarbeit, die ihnen obliegt, ein. Ueberall ist hier die Aerztezahl bedeutend zu gering, und zwar um 11 bis 25 bis 37, bis 80 und sogar 200% des Bestandes. Für ganz Deutschland beträgt das Deficit 40%; noch ungünstiger ist es in andern Ländern.

Im Anschluss daran werden die grossen Missstände, die sich daraus für den Arzt selbst, für den Anstaltsdienst und für die Behandlung der Kranken ergaben, ferner die Schwierigkeiten, die Schädigungen und das Aufreibende unseres Berufs („Anstaltsneurasthenie") in treffenden Ausführungen klargelegt. Manchmal scheint uns der Verf. allerdings etwas zu schwarz zu sehen; jedenfalls treffen seine Betrachtungen z. B. über die fehlende geistige Anregung und Ausbildung der jungen Aerzte u. s. w. nicht allgemein auf alle Anstalten zu, wie übrigens auch der Verf. selbst einräumt.

Die geringe wissenschaftliche Bethätigung der Aerzte an den Anstalten, meist dem Zwang der Verhältnisse, dem Mangel an Zeit und Musse entspringend, wird mit Recht bedauert, wie nicht minder das vielfache Fehlen eines starken geistigen Bandes und regen Verkehrs unter dem Aerztekollegium und mit dem Director, dessen ganze Kraft gewöhnlich von der Administration der Anstalt absorbirt ist. Die grosse Wichtigkeit gerade der geistigen und wissenschaftlichen Thätigkeit für den Beruf und das Interesse der ganzen Anstalt wird klar beleuchtet.

Auf den immer fühlbarer werdenden Mangel an Zugang von jungen Irrenärzten wird als eine der ernstesten Gefahren für unser Anstaltswesen hingewiesen.

Zum Schlusse kommt der Verf. auf die Wege der Abhilfe, die dringend an der Zeit sei.

Eine bedeutende materielle und ideelle Besserstellung der Aerzte von den jüngsten bis zu den Directoren mit dem Recht auf lebenslängliche Anstellung und auf Pension, auf Wittwen und Waisenversorgung wird in eingehenden Erörterungen und Begründungen als unentbehrlich und dringend gefordert, während die Anstellung auf Kündigung nach einer 2—3 jährigen Probedienstzeit aufhören soll.

Für richtig halten wir Hoppes Anregung, dass der Irrenarzt, bevor er seinem Beruf sich widmet, eine 1—2 jährige Assistenzarztthätigkeit an einem allgemeinen Krankenhause durchmachen soll.

Die Aufstellung von Landespsychiatern, denen das ganze Irren- und Anstaltswesen unterstellt wird, hält Verf. für eine innere Nothwendigkeit, eine einheitliche staatliche Leitung aller Anstalten für in erster Linie erstrebenswerth.

Für jede grössere Anstalt befürwortet Hoppe einen Prosector, welcher den pathologisch-anatomischen Arbeiten vorstehen soll, während die übrigen Aerzte mehr den wichtigeren, klinischen Arbeiten sich widmen sollen.

Dem Director soll die wissenschaftliche und fachliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses eine erste und angelegentliche Aufgabe sein. Dazu muss er selbst natürlich in hohem Masse in der Wissenschaft tüchtig sein.

Damit der Director nicht durch die Geschäfte der Administration der Anstalt erdrückt werde, hält Hoppe eine Grösse der Anstalten höchstens bis zu 600 Plätzen für zulässig. Wir stimmen ihm auch hierin, besonders angesichts des kürzlich erfolgten Eintretens für Monstreanstalten von anderer Seite, durchaus zu.

Ferner tritt er für Vermehrung der Aerztestellen, für Gewährung regelmässiger Dienstfreiheit und reichlichen Urlaubs ein. Alle 3—4 Jahre soll der Anstaltsarzt einen practischen Fortbildungs-Kurs an einer Universität mitmachen, um sich den Zusammenhang mit den andern Zweigen der medizinischen Wissenschaft zu bewahren. Reisestipendien zum Besuch von Irrenanstalten und medizinischen Congressen werden verlangt.

Im höheren Interesse seiner Berufstüchtigkeit liegt aber auch die eigene ununterbrochene Weiterarbeit des Irrenarztes an seiner allgemeinen Bildung: in den schönen Wissenschaften, in Kunst, Litteratur, Philosophie und Psychologie; kein Gebiet geistigen Lebens darf ihm fremd sein.

Mit vollem Recht tritt darum Hoppe dafür ein, dass die Irrenanstalten nicht mehr in abgeschiedener Lage auf dem Lande, sondern nahe den Centren geistiger Bildung und Anregung errichtet werden sollen.

Ueber die Stellung des Directors zu seinen Aerzten und dem Personal, und der Aerzte unter sich werden beherzigungswerthe Worte gesprochen.

Mit dem Danke, den wir schon eingangs dem Verf. gewidmet haben, müssen wir auch schliessen. Er hat nicht nur ein werthvolles, umfassendes Material, allgemein zugänglich gemacht, sondern auch wichtige eigene Ansichten und Anregungen zum Ausdruck gebracht. Den meisten von uns hat er aus der Seele gesprochen. Möge seine, in warmem Eifer für unsere Sache unternommene Arbeit an den zuständigen Stellen volle Beachtung finden und damit auch unserer Lage und unserem Berufe die dringend nothwendige Besserstellung bringen! Ein solcher Erfolg würde auch dem Verf. wohl die grösste Befriedigung sein.

Max Fischer.

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie und Verwandtes.

2. Quartal 1902. Zusammengestellt von Med.-Rath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Antonini e M. Falciola: Sopra 4 crani di alienati criminali. Riv. mens. di psich. for. etc. 1902, p. 37.

Penta: Manicomii criminali e sezioni per folli nelle case di pena. Ibidem, p. 46.

v. Kadich: Amerikanische Lynchjustiz. Die Woche, 1902, No. 13.

Klatt: Die Körpermessung der Verbrecher nach Bertillon etc. Heine, Berlin 1902.

Fritsch: Ueber Exhibitionismus. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. 22. Bd. 1902, p. 492.

Gumplowicz: Die soziologische Staatsidee. 2. Aufl., Innsbruck 1902.

Ferrier: La vie en prison. Lyon, Storck. 1902. 70 S.

Wellenbergh: De zorg voor gevaarlijke krankzinnige, mede naar aanleiding van „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher" von Medicinalrath Dr. P. Näcke zu Hubertusburg. Halle a. S. Marhold. 1902. Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1902, Nr. 2.

Brouwer: De actueele questie der Grens gevallen. Ibidem.

Peritz: Psychopathische Minderwerthigkeit. Die Medicinische Woche, 1902, Nr. 19.

C. Lombroso: Delitti vecchi e delitti nuovi. Torino, Bocca, 1902. 335 Seiten.

Die wichtigste Litteratur über das Problem der gleichgeschlechtlichen Liebe. Berlin, Brandt.

Herbert: Dédé. Aus dem Französischen übersetzt. (Urning-Roman). Berlin. Brand & Co.

„Der Eigene". Ein Blatt für männliche Kultur, Kunst u. Litteratur, herausgegeben von Ed. Brand, Berlin.

Elisarion v. Kuppfer: Die ethisch-politische Bedeutung der Lieblingsminne. Ibidem.

Elisarion v. Kuppfer: Lieblingsminne u. Freundesliebe in der Weltlitteratur. Ibidem.

Aurelius: Rubi. Eine Novelle. Ibidem. (Urning-Novelle).

Lombroso: Enrico Baller, detto „il martellatore". Archivio di psich. etc. 1902, fasc. II—III.

Belloni: Il compasso indice. Ibidem.

Portigliotti: Un grande monomane: Fra Girolamo Savonarola. Ibidem.

Lombroso e Andenino: Midriasi voluntaria ed epilessia in uomo geniale. Ibidem.

Laschi: Il „reato" di sciopero. Ibidem.

de Blasio: Anomalie multiple in un cranio di prostituta. Ibidem.

Neri: Tatuaggio osceno in fratelli criminali. Ibidem.

Aly-Belfadel: Delinquenza italiana a La Plata nel 1899 e nel 1900. Ibidem.

Neri: Un caso notivole di pervertimento sessuale. Ibidem.

Andenino: Ragazza pazza morale. Ibidem.

Agostini: Su di un caso tipico di delinquente-nato fratricida e sulla co-exsistenza della epilessia e della pazzia morale nei casi di vera delinquenza congenita. Ibidem.

Gina Lombroso: Pazzia morale da nefrite. Ibidem.

de Blasio: Gli zingari di Napoli. Rivista mensile di psich. for. etc. 1902, Nr. 3 u. 4, 5.
Saporito: Sulla delinquenza militare. Ibidem.
Moll: Wann dürfen Homosexuelle heirathen? Deutsche medicinische Presse, 1902, Nr. 6.
Prince de Cardé et Roubinovitch: Contribution à l'étude mental des Jansénistes convulsiomaires. France Médical, 1902, No. 5.
Voroliov: On the so-called occipital type of cranial construction in the mentally degenerate. Journal of Mental Pathology, 1902, Nr. 1.
Zuccarelli: Caratteri di conformazione dei delinquenti. Istituzioni di antropologia criminale illustrate. 1902, 5. e 6. lezione.
Zuccarelli: Delinquente imbecillesco etc. Ibidem.
Havelock Ellis: The sexual impulse in woman. American Journal of Dermatology. 1902, March.
Cognetti: Emicenturia di epilettici. Annali di Medicina Navale. 1901, ottobre.
Saint-Paul: L'instinct sexuel. Archives d'anthropologie criminelle. 1902, 15. avril.
Saint-Vincent: Tableau synoptique des dépeçages criminels commis depuis 1888 jusqu'en 1902. Ibid.
Infanticides commis de 1882 à 1902. Ibidem.
Sante de Sanctis: Le impronte digitali dei fanciulli normali, frenastenici e sordomuti. Atti della Società di Antropologia, vol. VIII, fasc. II, 1902.
Geill: Identification par le tatouage. Archives d' Anthropologie criminelle etc. 1902, p. 267.
Thomas: Une famille d'aliénés et d'aliénés criminels. Ibidem, p. 278.
Laurent et Nagour: L'Occultisme et l'Amour. 1902, Paris.
Hegar: Die Untauglichkeit zum Geschlechtsverkehr und zur Fortpflanzung. Politisch-Anthropol. Revue. 1902, Nr. 2.
Psychiater und Richter. Eine Umfrage. Der Lotse, 17. Mai 1902.
Lohsing: Abschaffung der Todesstrafe. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 9. Bd. 1. Heft, 1902.
Marcus: Versicherungswucher. Ibidem, p. 17.
Stern: Ueber positivistische Begründung des philosophischen Strafrechtes. Ibidem, p. 23.
Gross: Die Autobiographie eines „Rückfälligen". Ibidem, p. 80.
Otto Gross: Zur Phylogenese der Ethik. Ibid., p. 104.
Näcke: Ueber Variationen in den 5 innern Hauptorganen: Lunge, Herz, Leber, Milz und Nieren. Zeitschr. f. Morphologie u. Anthropologie, 1902, Bd. 4, H. 1.
Wolff: Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen. Ref., Neurol. Centralblatt, 1902, p. 429.
Portemer: Les érotomanes etc. Paris, Rousset, 4 fr.
Kekulé von Stradonitz: Ueber die Untersuchung von Vererbungsfragen und die Degeneration der spanischen Habsburger. Archiv für Psych. etc., 1902, 35. Bd., p. 787.
Wilser: Zuchtwahl beim Menschen. Politisch-anthropol. Revue, 1902, Nr. 3.
Rüther: Erbliche Entartung und Sozialpolitik. Ibid.
Böge: Zur Anatomie der Stirnhöhlen (Sinus frontales). In.-Diss. Königsberg 1902.
Neugebauer: Interessante Beobachtungen aus dem Gebiete des Scheinzwitterthumes. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen etc. IV. Jahrg., Leipzig, Spohra, 1902.
Fuchs: Therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete sexueller Perversionen. Ibidem, p. 177.
Merzbach: Homosexualität und Beruf. Ibid., p. 187.
Homosexualität und Bibel. Ibidem, p. 199.
Spuren von Kontrasexualität bei den alten Skandinaviern. Ibidem, p. 244.
Nan sho k' (Die Päderastie in Japan). Ibidem, p. 265.
Katte: Der Daseinszweck der Homosexuellen. Ibid., p. 272.
Karsch: Quellenmaterial zur Beurtheilung angeblicher und wirklicher Uranier. Ibidem, p. 281.
v. Römer: Heinrich III, König von Frankreich und Polen. Ibidem, p. 572.
Numa Praetorius: Die Bibliographie der Homosexualität für das Jahr 1901. Ibidem, p. 775.
Marandon de Montyel: L'affaire Louis Paré. Archives d'anthropol. criminelle etc. 1902, p. 356.
Petit: Condamnation d'un dégénéré épileptique. Ibidem, p. 378.
Laudati: La giustizia e la morale secondo i filosofi ed i giuristi. Trani 1902.
Trénel: Figurations et jeux masochistes. Nach Ref. in Revue de psychiatrie etc. 1902, p. 186.
Pitres et Régis: Les impulsions. Ibidem, p. 208.
Papillault: Quelques considérations anatomiques de la sociabilité chez les primates et chez l'homme. Revne de l'Ecole d'Anthropologie. 1902, Nr. 3.
Dantec: L'hérédité. Revue Scientifique, 1902, Nr. 10.
Bourneville: Condamnation d'un dégénéré épileptique. Progrés Médical, 1902, Nr. 17.
Garnier: La Criminalité juvénile. Revue Scientifique, 1902, Nr. 15.
Niceforo: The transformation of crime and the modern civilisation. Journal of ment. Pathology, 1902, Nr. 2.
Rollet: L'homme droit et l'homme gauche. Arch. d'anthropol. crim. etc., 1902, p. 177.
Proal: Napoléon I était-il épileptique? Ibid., p. 261.
Rouby: Le délire transitoire alcoolique. Le crime de Corancez. Ibidem, p. 307.
Nina-Rodriguez: Atavisme psychique et paranoia. Ibidem, p. 325.
Tirelli: L'isotonia del sangue degli alienati, contributo medico-legale alla diagnosi di simulazione di speciali stati psicopatici. Annali di freniatria etc. 1902, p. 35.
Curry: Criminals and their treatment. American law review, New-York 1902.
Florian: Dei reati e delle pene in generale. Milano, Vallardi, 1902.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 19. 9. August. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

(Fortsetzung.)

Andererseits ist gerechterweise doch zuzugeben, dass auch die modernen Ideen im Laufe des Streites Manches von ihrer radikalen Schroffheit verloren haben, und mässigen Concessionen nicht immer ganz abgeneigt sind. Ein Beispiel: die absolute Verpönung mechanischer Zwangsmittel gilt uns heute als etwas so Selbstverständliches, dass wir sie bei unseren therapeutischen Erwägungen gar nicht mehr in Betracht ziehen; und als ich einmal in einer ausländischen Anstalt Kranke am Bett festgebunden sah, war ich stolz auf unsere deutsche Kultur, die es so herrlich weit gebracht. Nicht ohne Verwunderung las ich daher im Bericht der sonst doch recht modernen Anstalt Frankfurt, dass dort in einer kleinen Anzahl von Fällen mechanischer Zwang zur Anwendung gekommen ist. Sieht man sich allerdings die Fälle näher an — es handelt sich um schwere Verletzungen oder Operationswunden bei hochgradig Erregten, um hartnäckige Neigung zur Selbstverletzung, endlich um Delirium acutum-artige Zustände mit drohender Erschöpfung, — so wird man es schwer finden, andere Hülfsmittel vorzuschlagen. Zwar bemerkte Kräpelin in der Karlsruher Versammlung Alzheimer gegenüber, dass er in solchen Fällen alle zwei Stunden zu wechselnde, feuchte Einpackungen verordnen würde. Aber erstens sind solche Einpackungen, wenn sie bei motorisch Erregten angewendet werden, von mechanischem Zwang nicht so gar weit entfernt, und zweitens, was mir besonders bemerkenswerth erschien: selbst Kraepelin gab zu, dass er sich Fälle denken könne, in denen auch er sich zur Anwendung mechanischen Zwanges entschliessen würde.

Eberswalde berichtet über einen Kranken, der wegen hartnäckiger Neigung, mit dem Kopf gegen die Wand zu rennen, oft stundenlang festgehalten werden musste. Das ist moderner als festbinden am Bett, aber mechanischer Zwang ist es schliesslich auch.

Andere Berichte enthalten über Zwangsmittel so gut wie gar nichts. Nur Bayreuth schreibt, dass 3 Frauen die Zwangsjacke angelegt wurde, und stellt für diese drei Indicationen auf: Transport, chirurgische Fälle mit Erregung, und unmittelbare Gefahr für Leib und Leben. Burghölzli theilt mit, dass dort noch Bettgurt, Handschuhe und Deckelbäder in vereinzelten Fällen angewendet werden.

Widerspruch fordert es heraus, wenn Frankfurt, wie es auch sonst schon geschehen ist, die Ernährung mit der Schlundsonde zu den Zwangsmitteln rechnet. Freilich scheint man sie dort nicht für sehr verwerflich zu halten, denn sie ist in relativ zahlreichen Fällen zur Anwendung gelangt. Aber schon die blosse Hinzurechnung zu den Zwangsmitteln ist geeignet, diese so wichtige und in manchen Fällen direkt lebensrettend wirkende therapeutische Maassnahme zu discreditiren. Gewiss ist ohne weiteres zuzugeben, dass man in weitaus den meisten Fällen von Nahrungsverweigerung ohne Sonde auskommt, und dass man früher in vielen Fällen die Sonde anwandte, wo sie nach den heutigen Erfahrungen entbehrlich ist. Wie aber in jenen Fällen akutester Delirien, die sich ohne künstliche Ernährung in wenigen Tagen zu Tode rasen, durch Sondenernährung aber mit einiger Wahrscheinlichkeit gerettet werden können? In solchen Fällen dem Princip zu Liebe die Sondenfütterung unterlassen, wäre fahrlässige Tötung; sie ist da ebenso zwingend indicirt, wie bei Larynxstenose die Tracheotomie. — Soweit die Berichte überhaupt von Sondenfütterung reden, erwähnen sie sie als etwas selbstverständlich Nothwendiges. Mit den oben angedeuteten Einschränkungen wird man das wohl billigen.

Ueber das Isoliren gehen die Meinungen immer noch sehr auseinander. Anstalten, die überhaupt nicht mehr isoliren, scheinen noch ziemlich selten zu sein. Unter den vorliegenden Berichten wird dies nur von einigen rheinischen Anstalten (Andernach, Galkhausen) und von Weissenau erwähnt. Die meisten erklären es für ihr Ziel, die Isolirungen auf ein Minimum einzuschränken, glauben sie aber doch nicht ganz entbehren zu können. Göttingen, wo bei den Männern 1,17 %, bei den Frauen 2,42 % Isolirungen vorgekommen sind, immerhin noch ziemlich hohe Zahlen, bemerkt dazu: „es ist das ein Beweis dafür, dass die Zahl der Isolirräume an den meisten Anstalten . . . noch erheblich verringert werden kann.“ Zwiefalten hat dies in die That umgesetzt, indem es die überflüssig gewordenen Zellen zu Räumen für die Bettbehandlung umbaute. Im Asile de Cery hat man einen Wachsaal für Unruhige eingerichtet und ist seit dessen Eröffnung nicht mehr in der Lage gewesen, neuaufgenommene Unruhige isoliren zu müssen.

In Saargemünd haben Bett- und Bäderbehandlung „die längeren Einschliessungen in Zellen, wie sie früher in schwierigen Fällen wohl nothwendig wurden, fast ganz entbehrlich gemacht“. Frankfurt hat die Isolirungen bei Tage auf 0,5 % eingeschränkt, und ist nur durch die starke Ueberfüllung an noch weiterer Reduction verhindert worden. Weilmünster klagt, dass es genöthigt sei, der Frankfurter Anstalt die unsocialen Pfleglinge abzunehmen, wodurch sich Elemente anhäufen, die solche Fortschritte unmöglich machen.

Sorau bricht eine Lanze für das Isoliren, hält es in vielen Fällen für nothwendig und segensreich und meint, dass im Interesse individualisirender Behandlung die Anstalt über möglichst viele, verschiedenartig abgestufte Einzelräume verfügen müsse. Zur Erläuterung werden einige Fälle beschrieben.

An die Stelle dieser alten Zwangsmaassregeln ist jetzt in immer noch steigendem Umfange die Behandlung mit Bettruhe und Bädern getreten. Die guten Erfolge der Bäderbehandlung werden von allen Seiten hervorgehoben. Aber auch da giebt es noch Zweifler. Zschadrass schreibt: „Von den Dauerbädern haben wir keine besonders hervorragenden Erfolge gesehen“. „Nur in einem Falle schien eine schwere Erregung wirklich günstig beeinflusst zu werden. Dasselbe wäre aber auf anderm Wege vielleicht auch erreicht worden“.

Derartige vermeintlich schlechte Erfahrungen beruhen wohl stets darauf, dass man mehr oder anderes von den Bädern erwartet, als sie leisten können und sollen. Setzen wir dagegen einen Passus aus dem überhaupt sehr inhaltreichen Frankfurter Bericht: „Es gelang durch die Dauerbäder eine ganze Anzahl der erregtesten, schwierigsten, melancholischen, manischen, katatonischen und paralytischen Erregungszustände ohne Anwendung von narkotischen Mitteln am Tage im Bad, und dann in der Nacht oft im Bett oder in einem Einzelzimmer mit offener Thür zu halten, bei welchen man ohne das Bad kaum um eine Isolirung oder den Gebrauch schwerer Narkotica herumgekommen wäre. Dabei nahmen die Kranken im Bade meist erheblich an Gewicht zu

und zeigten viel weniger eine Neigung, jene degenerativen Züge anzunehmen, welche man so oft als Folgen längerer Isolirung beobachtet. Zwangsmittel zum Festhalten im Bad wurden nicht nothwendig. Hin und wieder gelang es, bei den ersten Malen den Kranken nicht oder nur kurze Zeit im Bad zu halten, schon nach wenigen Tagen aber gewöhnten sich die allermeisten Patienten daran, im Wasser zu bleiben und schienen sich darin, auch bei längerer Dauer, wohl zu befinden. Sie sind im Gegensatz zu den Isolirten unter ständiger Aufsicht, namentlich auch während der Mahlzeiten". — Das ist es, was die Bäder leisten sollen und auch thatsächlich leisten.

Auch die Bettbehandlung hat sich allgemeines Bürgerrecht erworben. Dass frisch Erkrankte für's erste in's Bett gehören, ist heute allgemein anerkannt; aber auch bei chronischen Fällen, sofern Beschäftigung nicht gelingt, erfreut sich zur Bekämpfung von Erregungen und sonst störendem Verhalten die Bettruhe steigender Beliebtheit.

Die in manchen Berichten beliebte procentuale Berechnung der im Bette Liegenden scheint mir aber wenig Werth zu haben. Was soll das beweisen? Soll es etwa einen Maassstab für die fortgeschrittene Behandlungsmethode einer Anstalt abgeben, wie viele Kranke sie im Bette liegen hat? — Die Bettlägerigen setzen sich aus 4 Gruppen zusammen: 1. den frisch Erkrankten, 2. solchen chronischen Fällen, welche wegen ihres psychischen Verhaltens mit Bettruhe behandelt werden, 3. den Siechen und Gelähmten, 4. den körperlich Kranken. Nr. 1, 3 und 4 werden wohl überall zu Bette liegen, geben also kein Unterscheidungsmerkmal ab; einen Rückschluss auf die Behandlungsmethode in einer Anstalt gestattet also nur Nr. 2, der im Bett behandelte Bruchtheil der chronisch Kranken. Und auch da darf man wohl nicht ohne weiteres eine hohe Zahl zu Gunsten der betreffenden Anstalt deuten. Ein böswilliger Beurtheiler könnte sogar aus einer hohen Zahl schliessen wollen, dass die Anstalt recht viele verwahrloste Fälle hat, auf deren Erziehung zur Beschäftigung nicht die nöthige Mühe verwandt worden ist.

Zwiefalten schreibt: „Es wurde daran festgehalten, alle neuaufgenommenen Kranken, sowie vom Bestand die chronisch aufgeregten, zur Unreinlichkeit und ungeordneten und unsauberen Gewohnheiten und Manieren neigenden Kranken möglichst unter permanenter Ueberwachung mit Bettruhe zu behandeln. Mit eintretender Besserung sollte der richtige Zeitpunkt wahrgenommen werden, in welchem an die Stelle der Bettbehandlung die Arbeit treten sollte."

Eine eigenartige Indication zur Bettbehandlung hat Osnabrück aufgestellt. Dort wird ein zu beständigen Entweichungen neigender Verbrecher dauernd zu Bett gehalten, in der Hoffnung, „eine Entweichung dadurch möglichst zu erschweren, und eine Verblödung möglichst zu beschleunigen".

Gleichzeitig mit der Ausbreitung der Bett- und Bäder-Behandlung geht der Verbrauch an Narcoticis zurück. Frankfurt berichtet über die Verordnung von Schlafmitteln und giebt Zahlen an, die im Verhältniss zur Krankenzahl wohl nicht übermässig hoch genannt werden können. Dazu wird bemerkt: „Bei dem grossen Zugang und dem steten Bestreben, dafür Sorge zu tragen, dass in den Wachsälen ruhige Kranke nicht durch Unruhe anderer im Schlafe gestört werden, hat sich die Anwendung der Schlafmittel nicht weiter herabsetzen lassen." Aehnliches wird von Bayreuth berichtet, wo besonders in frischen Fällen darauf gesehen wurde, dass die Narcotica „nicht durch zu häufige und zu intensive Anwendung als Zwangsjacke ums Gehirn mehr Schaden als Nutzen stiften".

Letzteres Bedenken ist gewiss berechtigt. Narcotica sollten bei frischen Fällen möglichst vermieden werden. Ein frisch erkranktes Gehirn braucht Ruhe; durch Darreichung von Narcoticis fügt man der schon vorhandenen Schädigung des Gehirns noch eine neue hinzu. Die momentane Unruhe kann dadurch beseitigt werden; die Genesung wird sicher nicht dadurch gefördert. Wenigstens an sich nicht; natürlich giebt es Fälle, wo die Unruhe ein sofortiges Einschreiten erheischt, z. B. wo der Kräftezustand so reducirt ist, dass die Unruhe Lebensgefahr in sich schliesst. Bei Erregungen chronischer Kranker wird man in der Darreichung der Narcotica weniger zurückhaltend sein dürfen.

Ein wesentlicher Bestandtheil der freien Behandlung ist die Gewährung von freiem Ausgang an alle Kranke, deren Zustand es irgend verträgt. Man ist darin heutzutage recht freigebig.

Die Berichte enthalten hierüber wenig. Das hat wohl seinen Grund darin, dass man hierin etwas Selbstverständliches sieht, was einer besonderen Hervorhebung nicht mehr bedarf. Rheinau theilt mit, dass dort 107 M. und 70 F. freien Ausgang haben, bei einem Bestand von 325 M. und 403 F. gewiss eine recht hohe Ziffer. Sonnenstein giebt an, dass Bewegungsfreiheit in möglichst grossem Umfange gewährt wurde und dass ein Missbrauch dieser Freiheit nur bei Alkoholikern vorkam. Frankfurt

theilt mit, dass die Zahl der sich frei bewegenden Kranken von 12 % im Jahre 97/98 während der Berichtsjahre auf 34 % der Anstaltsinsassen gestiegen ist.

Weiter berichtet Frankfurt über die Einführung des Offenthür-Systems, das ja wohl in dasselbe Kapitel gehört, und das dort in den meisten Abtheilungen eingeführt werden konnte. Auf der männlichen Aufnahmestation stellte sich die Nothwendigkeit heraus, die Thür wieder zu schliessen, weil die Alkoholiker und manche ethisch degenerirte Imbecille die Freiheit missbrauchten. Sonst hat sich das System überall bewährt.

Jeder wird solche Erfolge mit Befriedigung lesen. Was hat es aber für einen Zweck, in den Wachsälen die Thür offen zu lassen? und die offene Thür durch das Pflegepersonal überwachen zu lassen? Man erschwert dadurch dem Pfleger doch nur in zweckloser Weise den ohnehin schon überaus verantwortlichen Wachdienst. Dass ein im Wachsaal untergebrachter Kranker den Saal nicht nach Belieben verlassen darf, ist doch wohl selbstverständlich. Also gehört die Thür geschlossen.

Auch in der Zulassung von Besuchen der Angehörigen bei den Kranken ist man heute sehr liberal geworden. Contraindicationen giebt es nur noch wenige. Viele Anstalten geben die Zahl der stattgehabten Besuche an, die an manchen recht hoch ist. Auch die Sitte, die Besuche nicht mehr in besonderen Besuchszimmern, sondern auf den Abtheilungen selbst stattfinden zu lassen, verbreitet sich immer mehr. Diese Gewährung ungehinderten Einblicks in die Art der Unterbringung der Kranken zerstreut am wirksamsten etwa vorhandenes Misstrauen, mit dem wir ja leider immer noch rechnen müssen.

Zu den ältesten und bewährtesten Hilfsmitteln unserer Therapie gehört die regelmässige Beschäftigung der Geisteskranken, und zugleich ist sie einer der wenigen Punkte, über deren Werth Meinungsverschiedenheiten kaum existiren. So werden wir es ganz natürlich finden, dass Mittheilungen hierüber in manchen Berichten einen beträchtlichen Raum einnehmen.

Leider nur in manchen, bei weitem nicht in Allen. Viele erwähnen sie überhaupt nicht, andere gehen mit wenigen Worten darüber hinweg. Wer aus Erfahrung weiss, wie schwierig es oft ist, für einen Kranken die richtige Beschäftigung zu finden, wie wünschenswerth es oft ist, möglichst viele verschiedene Arten von Beschäftigung zur Auswahl zu haben, der wird dies Schweigen bedauern; hier ist ein Gebiet, in dem Jeder noch vom Andern lernen kann, in dem Jeder, der seine Erfahrungen möglichst ausgiebig mittheilt, auf den Dank Vieler rechnen kann.

Es ist wohl nicht nur Zufall, dass die ausführlichsten Mittheilungen über Beschäftigung sich in den Berichten der Anstalten für Schwachsinnige und Idioten finden. Dort steht eben die Beschäftigungstherapie im Mittelpunkt der ganzen Behandlung, während bei den Geisteskranken im engeren Sinne die grössere Differenzirung der ärztlichen Maassnahmen jene leicht zu sehr in den Hintergrund drängt, umsomehr, als sie gerade bei den frisch Erkrankten, die doch das ärztliche Interesse in erster Linie in Anspruch nehmen, nur selten angezeigt ist.

Viele Berichte machen ihre Mittheilungen mehr vom Verwaltungsstandpunkte aus und führen die geleisteten Arbeitsresultate oder die Zahl der Arbeitstage auf. Solche Angaben haben für Andere natürlich wenig Interesse. Andere geben die Zahl der beschäftigten Kranken in Procenten des Bestandes an. Das ist schon interessanter, giebt aber auch ein unsicheres Bild. Der Bericht von Rheinau weist mit Recht auf die kaum vermeidbare Willkürlichkeit solcher Zahlenangaben hin. Bei manchen Kranken, die nicht den ganzen Tag arbeiten, sondern nur einen grösseren oder kleineren Bruchtheil desselben, ist es ziemlich willkürlich, wo man die Grenzen festsetzen will, von der an man den Kranken als arbeitend mitzählt. Die auffallend grossen Differenzen in den Zahlenangaben der verschiedenen Anstalten beruhen sicher zum grossen Theil auf solchen Verschiedenheiten des Zählungsmodus.

Von grösserem Interesse sind nur solche Mittheilungen, die auf die Arten der Beschäftigung näher eingehen. Leider ist die Ausbeute gering.

Dass überall für die männlichen Kranken landwirthschaftliche Arbeiten im Vordergrunde stehen, ausserdem Einzelne in den gebräuchlichsten Handwerken und mit Schreibarbeiten beschäftigt werden, ist selbstverständlich. Ebenso die Beschäftigung der Frauen in Koch- und Waschküche und mit Handarbeiten.

In Sorau hat man auf der Frauenseite im Hause der Unruhigen eine Nähstube eingerichtet. Leider wird über die Erfahrungen hiermit nichts Näheres mitgetheilt.

Versuche mit neuen oder doch ungewöhnlichen Arten von Beschäftigung werden nur wenige berichtet. Untergöltzsch hat Schnitz- und Papparbeiten, Laubsägen und Brandmalerei eingeführt und eine relativ beträchtliche Zahl von Kranken darin beschäftigt. Eberswalde will für Kranke „besserer Stände Zeichnen, Modelliren und Cartonnagearbeiten

einführen. Im Winter, wenn es an landwirthschaftlichen Arbeiten fehlt, werden dort Männer in grossem Umfang mit Strohflechten beschäftigt.

Hier sei mitgetheilt, obgleich es im Bericht nicht steht, dass einige rheinische Anstalten für männliche Kranke Bambusarbeiten eingeführt haben und gute Erfahrungen damit machen.

Haus Schönau mit seinem ganz anders gearteten Krankenmaterial kann natürlich hierin mehr Auswahl bieten. Der Bericht giebt an, dass dort auch feinere Eisenarbeiten gemacht werden, ferner Buchbinderei, Kerbschnitzerei, Brandmalerei, Papierarbeiten aller Art.

Für einen Theil unserer Kranken eine passende Beschäftigung zu finden, ist immer noch ein ungelöstes Problem.

Noch einiger Worte bedarf die Alkoholfrage, die ja in steigendem Maasse die Gemüther erhitzt. In den Berichten tritt ihre Aktualität freilich wenig hervor, und wenige sprechen überhaupt davon.

In Frankfurt werden in der Abtheilung, die vorzugsweise für die Behandlung der Trinker bestimmt ist, keine alkoholischen Getränke gegeben; auch die Epileptiker werden abstinent gehalten. „Von einer Einführung der absoluten Abstinenz in der Anstalt haben wir deshalb Abstand genommen, weil wir in einem mässigen Genuss von leichtem Bier und Wein für viele Kranke eine Schädigung nicht erblicken können. Wir müssen die Entziehung eines volksthümlichen unschädlichen Genussmittels als eine Form einer Zwangsmaassregel ansehen, zu deren Anwendung nur in medicinisch gebotenen Fällen ein Grund vorliegt." Wenn man den Alkohol für einen Theil der Kranken für unschädlich hält, so ist das eine Ansicht, die von vielen getheilt wird. In der Einführung der Abstinenz aber eine Zwangsmaassregel zu erblicken, scheint mir etwas gesucht.

Hochweitzschen berichtet über die Aufstellung eines Kohlensäureapparates, mit welchem Limonaden und dgl. als Ersatzmittel für Alcoholica hergestellt werden, und bemerkt: „Um die alkoholischen Getränke möglichst ganz aus der Epileptikeranstalt zu verdrängen, sowohl aus ärztlichen, wie aus erzieherischen Gründen, bedarf es eines derartigen Ersatzes."

Salzburg theilt mit, dass es im Berichtsjahr die vollständige Alkoholabstinenz für die Kranken durchgeführt habe. „Die Abstinenz wurde nicht nur deshalb durchgeführt, weil der Alkohol für geistig Kranke oder Belastete als schädlich anerkannt werden muss, sondern auch, weil die Anstalt ihren Pflegebefohlenen zeigen soll, wie leicht man dieses für nicht gefestigte Charaktere gefährliche Reizmittel entbehren kann." Dieses letztere Argument ist gewiss beachtenswerth, wobei noch darauf hinzuweisen wäre, dass bei erzieherischen Einflüssen ein gewisser „Zwang" in der Regel nicht entbehrt werden kann. (Fortsetzung folgt).

Wachabtheilung für Unreinliche.

Von Director Dr. *Weichelt*, St. Thomas bei Andernach.

Die günstigen Erfahrungen, die in Göttingen mit der Einrichtung einer Wachabtheilung für unreinliche und sieche Kranke gemacht wurden (cf. Weber: Ueber einige Neubauten an der Göttinger Anstalt, Heft 15, 1902 dieser Wochenschrift) können durch eine gleiche Einrichtung auf der Frauenseite der Pflegeanstalt St. Thomas bestätigt werden. Seit etwa 1½ Jahren ist hier ein Neubau in Benutzung genommen worden, welcher die Belegzahl der Anstalt um 120 Plätze — 60 für jedes Geschlecht — erhöhte. Ursprünglich war er bestimmt für nicht der Bettruhe bedürftige Kranke. Die schönen, luftigen Räume veranlassten mich aber, es bei der vorgesetzten Behörde — der Kgl. Regierung in Coblenz — zu erwirken, dass der ganze Neubau zu Bettstationen eingerichtet wurde. Es stand nicht zu erwarten, dass unter den 120 Kranken, welche aus anderen Anstalten hierher überwiesen wurden, viele noch brauchbare Leute sich finden liessen; das Loos der Pflegeanstalten. Die Voraussicht war richtig, die 120 Bettplätze waren bald besetzt. Während sie aber auf der Männerseite vorwiegend eingenommen wurden durch Kranke, für die aus psychischen Gründen Bettbehandlung und Ueberwachung nöthig erschien, und die Zahl der Unreinlichen und Siechen verhältnissmässig gering war, stellte sich dies Verhältniss bei den Frauen wesentlich anders. Die Zahl der mit Bettruhe behandelten Frauen beläuft sich jetzt auf 110 bei einer Gesammtzahl von 200. Von diesen 110 sind nicht weniger als 50 unreinlich und siech.

Für 36 derartige kranke Frauen ist nun seit über 1 Jahr im Erdgeschoss des Frauenneubaues eine Wachabtheilung eingerichtet, bestehend aus einem grossen Saal von 15 Betten und 2 kleineren von 11 resp. 10 Betten. Zwischen ersterem und den beiden letzteren befindet sich ein kleiner Tagesraum. Der Luftraum pro Bett beträgt in den Sälen 30 cbm. An jeden der beiden kleineren Säle schliesst sich ein Badezimmer an für 3 und 2 Wannen. Der grosse Saal hat an 2 Seiten Fenster, die kleineren nur an einer Seite, sie sind durch eine Thür mit einander verbunden.

Sämmtliche 36 Kranke stehen Tag und Nacht unter Ueberwachung. 6 Pflegerinnen sind während

des Tages hier thätig, sie schlafen Nachts ausserhalb dieser Station — der Dienst während des Tages ist anstrengend genug — und werden Nachts durch 2 Pflegerinnen ersetzt. Diese genügen für die Nachtwache, da während der Zeit Bäderbetrieb, Beaufsichtigung während der Mahlzeiten und deren Verabreichung wegfallen.

Wie schon gesagt, sind die Erfahrungen mit dieser Wachabtheilung recht gute. Es gelang seither bei den meisten Kranken Unreinlichkeit und Nassliegen zu vermeiden. Ganz zum Verschwinden wird die Unreinlichkeit in einer derartigen Abtheilung nicht zu bringen sein, da es Fälle giebt, bei denen alle Pünktlichkeit und Sorgsamkeit versagt, wie wir hier bei einigen Kranken mit Altersblödsinn wiederholt erfahren mussten. Für eine Unreinlichkeit in solchen Fällen kann natürlich das Personal nicht verantwortlich gemacht werden. Für diese Art von Kranken wurde hier auf Matratzen und Gummiunterlage verzichtet, da bei dieser Lagerung die meist zusammengekauert in der Mitte des Bettes liegenden Kranken im Falle einer Verunreinigung einfach schwimmen. Sie liegen auf Sägemehl, über welches ein Betttuch gebreitet ist. Dieses Material hat den Vorzug der Billigkeit und thut dieselben Dienste, wie Moos und Holzwolle. Für Erneuerung des Sägemehls muss im Falle einer Verunreinigung natürlich sofort gesorgt werden.

Seit Einrichtung dieser Wache wurden nur 2 Fälle von Decubitus behandelt, und zwar mit Dauerbädern am Tage, Nachts Lagerung auf Wasserkissen. Die eine Frau, schon in hohem Alter stehend, lebte hier überhaupt nur noch 3 Tage und brachte den Decubitus mit; bei der anderen konnte gleich im Anfangsstadium mit der oben erwähnten Behandlung eingegriffen werden, es trat Heilung ein, die Kranke lebt heute noch. — Die Bäder in dieser Wachabtheilung werden meist gebraucht zur Behandlung der bei Blödsinnigen nicht seltenen Erregungszustände, und gelegentlich geben auch Eiterungen und Verletzungen, wenn der Verband nicht liegen gelassen wird, Grund für die Bäderbehandlung ab.

Leider muss ein Theil der hier verpflegten unreinlichen Frauen des Nachts noch ohne Ueberwachung schlafen. Natürlich sind es diejenigen, bei denen die Unreinlichkeit nichts Regelmässiges ist. Wünschenswerth wäre ja auch die nächtliche Ueberwachung, sie lässt sich aber zur Zeit noch nicht durchführen.

Mittheilungen.

— **München.** Erbauung einer psychiatrischen Klinik. Der Localbaucommission lagen die Pläne über den Neubau einer psychiatrischen Klinik vor, die das Kultusministerium der Localbaucommission mit der Weisung zugeleitet hat, die Entscheidung darüber mit Rücksicht darauf zu beschleunigen, dass die Pläne noch der Reichsrathskammer vorzulegen sind. Das Gebäude kommt auf das zum Areal des Krankenhauses links der Isar gehörende Grundstück an der Nussbaum- und Goethestrasse zu stehen; es soll abseits von den Baulinien errichtet werden und den Haupteingang an der Nussbaumstrasse erhalten. Die Hauptfront wird auch an diese Strasse zu stehen kommen. Der Gebäudetrakt an der Nussbaumstrasse wird drei Stockwerke, der Haupttrakt an der Goethestrasse zwei Stockwerke über dem Erdgeschoss erhalten. Zum Trakte an der Goethestrasse sind zwei parallele Flügelbauten vorgesehen, von denen der mittlere die Oekonomieräume aufnehmen soll. Nur jener Trakt, der diese Räumlichkeiten enthält, wird unterkellert, die übrigen Gebäudetheile jedoch nicht. An die Strassenseite sind die Gänge verlegt, während alle Unterrichts- und Krankenräume so liegen, dass sie auf die Höfe münden. Im Mitteltrakt an der Nussbaumstrasse sind jene Räume untergebracht, in welchen der Hauptverkehr sich abwickeln wird. Die Architektur des Gebäudes ist einfach, aber würdig. Die baupolizeiliche Beurtheilung der Pläne durch die Localbaucommission hatte das Ergebniss, dass gegen die Pläne keine Erinnerung besteht, wenn Dispens ertheilt wird wegen Nichteinhaltung der Baulinien und wegen der zu geringen Grenzabstände, sowie wenn die Nachbarschaft die Zustimmung ertheilt. Dispens wird gewährt wegen der Längenausdehnung der Gebäude und wegen der ungenügend grossen Pavillonabstände. Zur Sache ist noch der Stadtmagistrat als Communal- und Feuerpolizeibehörde zu hören.

— **Göttingen**, Juli 1902. Im Laufe des Sommersemesters sind eine Anzahl praktischer Juristen und Aerzte, sowie Angehörige der juristischen, philosophischen und medicinischen Fakultät unserer Hochschule zu einer „Göttinger psychologisch-forensischen Vereinigung" zusammengetreten, welche sich die Erörterung der Grenzgebiete zwischen Philosophie, Medicin und Jurisprudenz zur Aufgabe gestellt hat, d. h. die Besprechung solcher wissenschaftlicher und praktischer Fragen, welche für mindestens zwei der bezeichneten Gebiete von Interesse sind.

Es sollen in jedem Semester ca. 2 Versammlungen stattfinden, bei denen aus einem der erwähnten Gebiete ein Vortrag gehalten wird, dem sich freie, zwanglose Diskussionen anschliessen. —

Bei der am 1. Juli stattgehabten erstmaligen Versammlung fanden sich eine grosse Anzahl wissenschaftlicher und praktischer Vertreter der erwähnten Berufe ein. Zum Vorsitzenden wurde Landgerichtspräsident Heinroth, zu seinen Vertretern Prof. Dr. E. Müller (Psychologie) und Prof. Dr. Cramer (Psychiatrie) gewählt. Die Kassenführung besorgt Prof. Dr. jur. v. Hippel, die Schriftführung Privatdocent Dr. med. Weber.

Sodann hielt Prof. Cramer den angekündigten Vortrag über: „Die sog. Degeneration im Zusammenhang mit dem Straf- und Civilrecht".

Vortr. versteht unter „Degeneration" eine angeborene, minderwerthige Veranlagung des Individuums

in körperlicher und dadurch auch in psychischer Beziehung. Die durch die Beobachtung festzustellenden Zeichen der Degeneration sind die als körperliche „Stigmata" bezeichneten bekannten Entwickelungshemmungen einzelner Organe, wie Gesichts-, Schädel-, Ohrbildung u. s. w. Für sich allein haben die körperlichen Degenerationszeichen keine besondere pathologische Bedeutung, wie ihr Vorkommen bei vielen völlig normalen und leistungsfähigen Menschen beweist. Viel wichtiger sind die „psychischen Stigmata", worunter Vortr. alle Formen von Neurasthenie, gewisse mit Angst einhergehende Zwangszustände (auch conträrsexuelle Empfindungen), endlich Defekte auf einzelnen Gebieten des geistigen Lebens zusammenfasst. Zu den letzteren gehören namentlich ausgesprochene ethische Defekte bei erhaltener oder sogar hochentwickelter Intelligenz, besondere Begabung für einen bestimmten Wissenszweig bei ausgesprochener Unfähigkeit auf anderen Gebieten des Allgemeinwissens, dann eine gewisse Disharmonie in der ganzen Lebensführung, eine stark hervortretende Impulsivität des Handelns. Züge, welche namentlich die sog. Dégénerés superieurs (Instables, Déséquilibrés) der Franzosen kennzeichnen. Das Vorhandensein eines oder des andern, namentlich der körperlichen Degenerationszeichen, rechtfertigt es noch nicht, ein Individuum als „Degenerierten" zu bezeichnen. Es bedarf dazu der Häufung einer Anzahl von körperlichen und psychischen Degenerationszeichen. Ein derartiger Degenerierter ist aber noch nicht geisteskrank im medicinischen oder juristischen Sinne. Jedoch wird der Strafrichter nicht selten dazu kommen, einem derartigen Menschen mildernde Umstände zuzubilligen, wenn der Sachverständige eine Häufung solcher Degenerationszeichen, namentlich auch psychischer, bei ihm nachweist.

Dagegen können auf dem Boden der Degeneration leicht Geisteskrankheiten entstehen, welche in ihrem Verlauf, ihren Symptomen mancherlei für ihre Entstehung characteristische Zeichen aufweisen. Diese Kranken unterliegen natürlich in civil- und strafrechtlicher Hinsicht denselben Bestimmungen wie die übrigen aus einer andern Ursache geisteskrank Gewordenen. Ferner haben die Degenerierten die Eigenthümlichkeit, dass sie unter besonderen Verhältnissen, namentlich unter der Einwirkung schädlicher Reize den Anforderungen, welche an ihre geistige Leistungsfähigkeit gestellt werden, eher versagen, als nicht degenerirte Individuen. Solche besondere Reize sind: hochgradige Affekte, Alkoholgenuss (bes. bei den Intoleranten) und bei Frauen die Zeiten der Menstruation und Schwangerschaft.

In solchen Fällen wird der Sachverständige häufig dazu kommen, bei einer Abwägung aller in Betracht kommenden Uebelstände einen vorübergehenden Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 Str. Ges. anzunehmen, worauf die Freisprechung erfolgen kann. An den einzelnen Formen zeigt Vortr. sodann, wie es gerade bei der Würdigung dieser Zustände auf ein möglichst individualisirendes Vorgehen ankomme, wie aber auf dem Boden der bestehenden Gesetzgebung bei entsprechender Begutachtung es möglich ist, jedem einzelnen Fall gerecht zu werden.

Dem Vortrag folgte eine lebhafte Diskussion, an der sich namentlich die Herren Präsident Heinroth, Prof. v. Hippel, Exc. v. Planck, Prof. Detmold u. A. betheiligten. (Weber-Göttingen.)

— Ueber die **Irrenfürsorge in Belgien** schreibt die Kölnische Ztg. vom 30. 7. 02: „Im Jahre 1893 äusserte sich der belgische Justizminister in seinem Bericht über die belgischen Irrenanstalten folgendermaassen: „Diese Einrichtung, die eine in so vielen Punkten die wichtigsten Interessen der Gesellschaft streifende Angelegenheit in die Hände von Privatleuten legt, ist in ihrer ganzen Anlage verfehlt, weil sie einerseits der Ausbeutung und dem Geschäft zu sehr Vorschub leistet, anderseits den Umfang des behördlichen Eingreifens unvermeidlich einschränkt". Trotz dieser entschiedenen Sprache der obersten Behörde ist bisher eine Aenderung auf dem Gebiete der Irrenpflege in Belgien nicht erfolgt; die vorhandenen Mängel dauern fort: äusserste Ueberfüllung der kasernenartigen Anstalten mit unordentlich untergebrachten Kranken, ungenügende Beschäftigungsgelegenheiten, mangelhafte ärztliche Versorgung; praktische Aerzte besuchen ab und zu die Kranken, soweit ihnen die Praxis dazu Zeit lässt und die Anstaltsleitung einen ärztlichen Besuch für nöthig erachtet. Mechanische Zwangsmittel, die anderwärts nur noch ausnahmsweise Anwendung finden, kommen in den belgischen Anstalten immer mehr in Brauch. Jedermann kann in Belgien, wenn er nur einige gesetzliche Formen erfüllt, eine Irrenanstalt errichten, leiten und ein Gewerbe daraus machen. Es giebt dort nur drei Staatsanstalten bei 12000 Geisteskranken im Lande, um die es zum Theil allerdings besser bestellt ist, obgleich z. B. die theilweise Verwendung von kirchlichem Ordenspersonal auch ein überwundener Standpunkt sein sollte. Man sieht, dass auch in Belgien eine gesetzliche Neuregelung der Verhältnisse der Irren, wie sie bei uns im Gange ist, sehr vonnöthen wäre. Die obige Aeusserung des belgischen Justizministers über die Unterbringung von Geisteskranken in Privatanstalten verdient auch ausserhalb Belgiens besondere Beachtung."

— Am 28. Juli traten zu München auf Anregung der Directoren Vocke-München und Dees-Gabersee eine Reihe bayerischer Irrenärzte, darunter fast sämmtliche Directoren der k. Kreisirrenanstalten, sowie Angehörige der medicinischen Facultäten, zusammen und gründeten einen **„Verein bayerischer Psychiater"**. Vocke-München wurde zum 1., Dr. Rehm-Neufriedenheim zum 2. Vorsitzenden gewählt. Es werden jährlich Versammlungen abgehalten, deren erste Pfingsten 1903 in München stattfindet. Der Zweck des Vereins ist die Pflege und Förderung der theoretischen und practischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge für psychisch Kranke.

— Die „Vossische Ztg." vom 19. Juli d. J. schreibt:

„Es ist hier darauf hingewiesen worden, mit welchen Missständen der vielfach geübte Brauch der Communalverbände verknüpft ist, Geisteskranke, für welche diese Verbände zu sorgen haben, in privaten Heilanstalten unterzubringen. Im Sinne unserer Darlegungen ist eine Zuschrift gehalten, die uns von einem Irrenarzt

in leitender Stellung zugeht. Es heisst darin: Es sei noch auf zweierlei Schäden die Aufmerksamkeit gelenkt, welche mit der Einweisung von Communal- und Provinzial-Pfleglingen in private Anstalten verknüpft sind. Da kommen zunächst die Verhältnisse in den Anstalten religiöser Gemeinschaften in Betracht. Hier haben Nichtmediciner die bestimmende Macht, während bei den weltlichen Privatanstalten Aerzte die Oberleitung haben. Dazu kommt aber noch, dass diese Nichtmediciner, die den kirchlichen Irrenheilanstalten vorstehen, noch andere Interessen haben als diejenigen, ihre Arbeit den Kranken zu widmen. Die Thätigkeit in den Heilanstalten ist nur ein Teil ihrer Berufsthätigkeit. Ihr Hauptstreben bleibt immer, ihre Ordensgemeinschaft zu fördern. Sie unterstehen an erster Stelle ihren Ordensoberen; erst an zweiter Stelle sind sie den Aerzten untergeordnet. Ueber das Pflegepersonal hat in Wirklichkeit nicht die ärztliche Anstaltsleitung, geschweige denn eine öffentliche Behörde, wie bei öffentlichen Anstalten, sondern der Ordensobere die Disziplinargewalt. Es liegt auf der Hand, dass unter solchen Bedingungen die Krankenpflege leiden muss. Es fehlt an der Wirkung des unmittelbaren Einflusses, den der Arzt auf das Pflegepersonal hat. Ein anderer Schaden, welcher der Unterbringung von Communalkranken in Privatanstalten anhaftet, entspringt aus der Art der Geisteskranken, die aus den öffentlichen Anstalten in die privaten Anstalten übergeführt werden. Die Verwaltungen geben an die Privatanstalten vorwiegend oder ausschliesslich ruhige Kranke ab. Unruhige Kranke, deren Wartung schwer ist, verbleiben hingegen in den öffentlichen Irrenheilanstalten. Das bringt den privaten Anstalten wesentlichen Nutzen. Sie sind in der Lage, dem einzelnen Kranken mehr Freiheit zu belassen ohne befürchten zu müssen, dass er sich oder anderen Schaden zufügt. Das Leben in der Anstalt kann insgesammt einen etwas freieren Ton annehmen. Kirchliche Anstalten haben aus diesem Sachverhalt für sich Kapital zu schlagen versucht. Ihre Leiter haben die freiere Verpflegungsform auf die Rechnung ihrer vom religiösen Sinn getragenen Liebesthätigkeit gesetzt. Aber mit Unrecht. Die grössere Freiheit ist das natürliche Ergebniss der Bedingungen, welche für die privaten Anstalten günstiger sind. Der Umstand, dass die öffentlichen Anstalten mehr unruhige, die privaten Anstalten mehr ruhige Kommunalkranke haben, beeinflusst die Pflegearbeit in jeder der beiden Gruppen von Anstalten. Das Pflegepersonal in den öffentlichen Anstalten hat es viel schwerer als dasjenige in den Privatanstalten. Hier würde alsbald eine Besserung eintreten können, sobald die Verbände, die Provinzen und die Kommunen alle ihre Kranken aus den Privatanstalten herausnehmen und in eigenen Anstalten unterbringen würden. Es wäre dann nämlich möglich, neben den schon bestehenden Anstalten eine zweite Kategorie von Heilanstalten einzurichten, nämlich Pflegeanstalten für ruhige Kranke. Sobald es derlei giebt, die öffentlichen Character haben, könnten Pfleger und Pflegerinnen, nachdem sie eine Zeit lang den schweren Dienst in den Hauptanstalten mit den vielen unruhigen Kranken versehen haben, zeitweilig zu dem leichteren Dienst in den Pflegeanstalten abgeordnet werden. Man sieht, wie vielerlei im Grossen und Kleinen für die Unterbringung aller Kommunalkranken in eigenen Anstalten der Verbände spricht."

— **Aus Württemberg**, 28. Juli. Dem früheren demokratischen Reichstagsabgeordneten Frhrn. Oskar v. Münch, der inzwischen bekanntlich die preussische Staatsangehörigkeit erworben hat, ist, wie der „Staatsanzeiger" mittheilt, vom Ministerium des Innern der Aufenthalt in Württemberg ohne die bisher angeordnete besondere Schutzmaassregel der Begleitung durch einen Irrenwärter versuchsweise unter bestimmten Bedingungen gestattet worden, nachdem die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal einen Versuch in dieser Richtung nunmehr für zulässig erklärt hat. Auch ist dem Frhrn. v. Münch, der vorerst in ein ähnliches Verhältniss tritt, wie ein aus einer Irrenanstalt beurlaubter Kranker, die Aufhebung der vorläufigen polizeilichen Einweisungsverfügung vom 2. Mai v. J. nach Ablauf von 3 bis 4 Monaten in Aussicht gestellt worden, wofern nicht etwa in der Zwischenzeit besondere, seine Gemeingefährlichkeit erneut darthuende Vorkommnisse eintreten sollten, welche die Aufrechterhaltung der Einweisung nothwendig erscheinen lassen.

Referate.

— A. Meinong: Ueber Annahmen. Leipzig 1902. J. A. Barth. XV und 298 S. 8 M.

Da zweifellos von Seiten der Psychiater und Neurologen immer mehr Rücksicht auf die Fortschritte der normalen Psychologie genommen wird, dürfte sich auch wohl mancher Leser dieser Zeitschrift finden, den ein Buch interessirt, das gewissermaassen auf der Grenze von Psychologie und Logik steht. Es will ein bisher brachliegendes Thatsachengebiet behandeln, das wir zwischen Vorstellen und Urtheilen zu suchen haben. Das Urtheil grenzt nicht direkt an das Bereich des Vorstellens an, dazwischen liegt vielmehr die Sphäre der Annahme. Als Beispiel einer „offenen Annahme" führt M. z. B. an: Es sei gegeben ein rechtwinkliges Dreieck, dessen eine Kathete halb so lang ist wie die andere. Die Annahme spielt eine wesentliche Rolle in der Kunst, im Spiel, in der Lüge u. s. w. Hinsichtlich der Détailerörterungen über Annahmeschlüsse, über die Gegenständlichkeit des Psychischen, über das Erfassen von Gegenständen höherer Ordnung, über das „Objektiv", worunter Verfasser das Gegenstandartige des Urtheils versteht, muss auf das Buch selbst verwiesen werden. Es will nichts Abgeschlossenes bieten, sondern vorzugsweise anregen. Weygandt-Würzburg.

Personalnachricht.

— Nietleben. Dr. Demohn und Dr. Hoffmann sind zu „ordentlichen" Aerzten ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 211.

Nr. 20. 16. August. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

(Fortsetzung.)

Die Berichte anderer Anstalten enthalten über diese Frage nichts, wohl ein Zeichen, dass man ihr an den meisten noch gar nicht näher getreten ist. — Mir scheint, dass die Gründe, welche etwa gegen die Einführung der Abstinenz angeführt werden können, sehr überschätzt werden. Für die grosse Mehrzahl der Kranken ist es gar keine so grosse Entbehrung, auf die alkoholischen Getränke verzichten zu müssen; sie gewöhnen sich daran in kürzester Zeit, und nur sehr wenige sehen eine Härte in der Entziehung. Hält man dagegen die grossen Vortheile, welche die Entziehung für die Mehrzahl mit sich bringt, — denn es sind keineswegs nur die Alkoholiker und Epileptiker, welche durch regelmässigen Alkoholgenuss geschädigt werden, sondern wohl noch ein recht grosser Theil aller anderen, — so wird man die Unzufriedenheit der wenigen wohl in den Kauf nehmen. Wenn Frankfurt meint, dass für manche Formen von Schlaflosigkeit Bier ein schätzbares Schlafmittel ist, so steht ja, auch wenn die Abstinenz durchgeführt ist, nichts im Wege, es auf ärztliche Indication hin im einzelnen Falle zu geben. Hier ist nur vom Alkohol als allgemeinem Genussmittel die Rede. Und man braucht keineswegs im Leben ein principieller Gegner jeglichen Alkoholgenusses zu sein, um die Meinung zu vertreten, dass es zu erstreben ist, aus der Irrenanstalt den Alkohol als Genussmittel zu verbannen.

Einige Anstalten geben die Zahl der Trinker in Procenten der Aufnahmen an. Eberswalde zählte unter den Männern 16,6 %. Stephansfeld konnte bei 14 % der Männer Trunksucht nachweisen;

bei Hinzuziehung der Fälle, wo in der Ascendenz Trunksucht vorlag, ergaben sich 23 %, bei denen Trunksucht als Krankheitsursache genannt wird. Burghölzli constatirte Alkoholpsychosen bei 23,6 % der Männer und 5 % der Frauen.

Dass die Trinkerbehandlung quoad Dauer des Erfolges keineswegs so aussichtslos ist, wie man im allgemeinen geneigt ist zu glauben, ergeben die Mittheilungen der Trinkerheilstätte Ellikon, wo von den während der Jahre 89—95 Entlassenen (261) im Berichtsjahre — also nach 5 bis 11 Jahren — 106 = 40,6 % abstinent geblieben sind, während noch weitere 33 = 12,6 % zwar nicht abstinent, aber doch wesentlich gebessert blieben; also war immerhin bei mehr als der Hälfte der Fälle die Behandlung erfolgreich, gewiss ein ermuthigendes Resultat.

b) Coloniale und familiale Verpflegung.

Von Colonien ist nur in wenigen Berichten die Rede, obgleich, wie bekannt, solche bei vielen Anstalten vorhanden sind. Sie werden eben im Allgemeinen nur dann erwähnt, wenn über irgend welche Veränderungen zu berichten ist.

Rybnik hat auf einem schon früher angekauften Gut, nachdem es gelungen ist, die Wasserfrage zu lösen, zunächst 30 Kranke im alten Gutshause untergebracht und plant einen Neubau für 35 Kranke daselbst. Eichberg hat jetzt 75 männliche Kranke in der Colonie Wachholderhof untergebracht, das sind 26 % aller männlichen Kranken. In Württemberg legt man anscheinend grossen Werth auf die coloniale Verpflegung. Schussenried, Zwiefalten und Weissenau hatten ihre Colonien stets voll besetzt; letzteres beabsichtigt Vergrösserung durch Neubau eines Wohnhauses und rühmt den wohlthätigen Einfluss der Beschäftigung im colonialen Betrieb auf das Befinden der Kranken. Winnenthal, das bisher keine Colonie hatte, beabsichtigt, eine solche für vorläufig 20 Kranke zu gründen.

Principiell Neues über coloniale Verpflegung enthalten die diesjährigen Berichte nicht.

Mehr ist über die Familienpflege zu sagen. Sie erfreut sich einer steigenden Beliebtheit, und von vielen Seiten wird über Neueinrichtung einer solchen und über günstige Resultate berichtet. Nicht in letzter Linie scheinen sich die Verwaltungsbehörden für diese Art der Irrenfürsorge zu interessiren, was bei ihren handgreiflichen ökonomischen Vortheilen nicht Wunder nehmen kann.

Der Württembergische Bericht spricht es ausdrücklich aus, dass die Weiterentwicklung der Familienpflege zum Zwecke der Entlastung der Anstalten angestrebt wird. Nach der Mittheilung, dass nunmehr im Ganzen 65 Kranke aus württembergischen Anstalten in Familienpflege untergebracht sind, constatirt er, „dass diese Zahl eine nicht zu unterschätzende Entlastung der öffentlichen Irrenfürsorge bedeutet“. In Zwiefalten sind 38 Pfleglinge in 11 verschiedenen Ortschaften untergebracht und zwar meist bei Leuten mit landwirthschaftlichen Betrieben. Weissenau hat am Schluss des Berichtsjahres 18 Kranke = 3,7 % des Gesammtbestandes in Familienpflege untergebracht und ist mit dem Resultat zufrieden. Allerdings war häufiger Wechsel nothwendig.

In Brandenburg hat zur Neueinrichtung der Familienpflege die Provinzialbehörde die Initiative ergriffen und Zinn-Eberswalde zum Referat aufgefordert. Dieses Referat liegt mir leider nicht vor, doch giebt Zinn in seinem Bericht eine ausführliche Schilderung der Familienpflege in Eberswalde. Es wurde der Anfang bei verheiratheten Pflegern gemacht, welche zunächst durch einen einleitenden Vortrag über den Zweck der Sache belehrt wurden. Dann wurden ihre Wohnungen besichtigt, und bei dieser Gelegenheit auch ihre Frauen instruirt. Nun wurden zunächst einige weibliche Kranke dort in Pflege gegeben, denen bald andere folgten. Anmeldungen von Pflegestellen kamen bald sehr zahlreich. Die Kranken, die zum Theil schon viele Jahre in der Anstalt waren, gingen zunächst ungern fort, lebten sich aber bald ein und sind zufrieden. Zinn glaubt, dass die Aussichten für die Familienpflege dort günstig sind, und dass es in verhältnissmässig kurzer Zeit gelingen wird, sie weiter auszudehnen. Es wurden in Eberswalde pro Kopf und Tag 75 Pfg., im Dorf Corinchen 67 Pfg. gezahlt; doch glaubt Zinn, dass bei Kranken, die nicht mehr arbeiten, der Satz auf 80 Pfg. erhöht werden muss. Die Kranken werden jede Woche ärztlich besucht und kommen einmal im Monat in die Anstalt zum Baden und zur körperlichen Untersuchung. Mit den Behörden ergaben sich keine Schwierigkeiten, da die Kranken natürlich als zur Anstalt gehörig weiter geführt werden.

Auch Ueckermünde berichtet über einen Erfolg versprechenden Versuch in dem 2 km von der Anstalt entfernt gelegenen Dorf Liepgarten. Dort wurde ebenfalls mit einer geringen Zahl weiblicher Kranker begonnen, die zur Berichtszeit zum Theil schon über ein Jahr dort waren, und, obgleich in der Anstalt zum Theil Jahre lang unthätig, sich jetzt nützlich beschäftigten. Es wird ein monatliches Pflegegeld von 20 M. gezahlt; die Anstalt liefert Bett, Kleidung und Wäsche.

Sehr günstig scheinen die Verhältnisse in Göt-

tingen zu liegen. Die Bevölkerung wird als ausserordentlich geeignet geschildert, und Cramer glaubt, dass es mit der Zeit gelingen wird, 400—500 Kranke in solcher Weise in der Umgebung der Anstalt unterzubringen. Das wäre allerdings eine sehr ins Gewicht fallende Entlastung der öffentlichen Irrenfürsorge! Der Neubau einer ganzen Anstalt würde damit erspart. Vorläufig sind 17 Kranke in 4 verschiedenen Dörfern untergebracht. Der mit den Pflegern abgeschlossene Vertrag sowie genaue Anweisungen für diese werden in der Anlage mitgetheilt. Einige Sätze aus dem Bericht seien wörtlich citirt: „Die oft geäusserte Befürchtung, dass die Anstalten durch Einrichtung der Familienpflege sich ihrer zur Arbeit geeigneten Kräfte beraubten, hat sich auch bei uns wieder als unbegründet erwiesen. Es hat sich die bekannte Thatsache wieder bewahrheitet, dass sich das Personal, wenn ein paar tüchtige Arbeitskräfte ausfallen, viel mehr Mühe giebt, andere Kranke, die sonst vielleicht beschäftigungslos dahingedämmert hätten, zur Arbeit heranzubilden. Es werden also auf diese Weise Kranke, die sonst nur Kosten verursacht hätten, zu im Rahmen der Anstalt wieder nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft."

Einige Anstalten, in denen die Familienpflege schon längere Zeit besteht, berichten durchweg über günstige Erfahrungen. Eichberg hat schon seit 12 Jahren Familienpflege eingerichtet und hat jetzt 48 Frauen bei benachbarten Wärterfamilien untergebracht. Der Grund der ersten Einrichtung war Ueberfüllung; nachdem durch die Colonie die Männerseite entlastet war, musste für die Frauenabtheilung anderweitig Entlastung gesucht werden. Die Einrichtung hat anfangs Schwierigkeiten gemacht, bewährt sich aber jetzt durchaus. Sie hat den Neubau eines Hauses für 50 Kranke mit all seinen Einrichtungs- und Unterhaltungskosten überflüssig gemacht.

Bunzlau, das ebenfalls schon seit einer Reihe von Jahren Familienpflege hat, sieht einen Nachtheil darin, dass die Pfleger alle Landwirthschaft treiben. Da im Sommer alle Familienmitglieder im Felde arbeiten, können nur solche Kranke hinausgegeben werden, welche bei der Feldarbeit helfen können, weil sie sonst den ganzen Tag ohne Aufsicht im Hause wären. — Dieses Bedenken war mir neu. Sonst liest man überall, dass Landwirthschaft treibende Bevölkerung für die Familienpflege die geeignetste sei.

Bekannt ist, dass auch die Berliner Anstalten Familienpflege haben; doch enthält der diesjährige Bericht keine Mittheilungen darüber.

Eine eingehende Erörterung widmet Rybnik der Frage einer Einführung der Familienpflege, die aber zu negativem Resultat kommt. Es wird ausgeführt, dass die dortige Bevölkerung in Folge des unaufhaltsamen Fortschreitens der Industrie sich nicht eigne. Der Boden werde nur noch von Greisen und Invaliden bebaut. „Nur bei ganz zuverlässigen Pflegefamilien, in denen alle Mitglieder der Familie mit in der Landwirthschaft thätig sind, lässt sich überhaupt die Gefahr der missbräuchlichen Ausnutzung der Arbeitskraft der Kranken vermeiden, bei solchen werden die Kranken nicht wie Gesinde, sondern wie Glieder der Familie gehalten werden, solche Familien giebt es aber hier nicht in der Nähe".

Ich muss gestehen, dass mir dies alles nicht ganz einleuchtend scheint. Auch im Industriebezirk arbeiten doch nicht gerade alle Menschen in der Fabrik. Wenn Familienpflege selbst in der unmittelbaren Umgebung von Berlin möglich ist, sollte man meinen, dass sie im Industriebezirk auch durchführbar wäre. Ich habe die vorgefasste Meinung, dass bei hinreichendem Muth und gutem Willen die Familienpflege bei den meisten Anstalten möglich ist.

Ernster scheint mir schon das zweite von Rybnik geäusserte Bedenken, dass die Bevölkerung zu sehr dem Alkoholgenuss ergeben und unter dem Einfluss des Schnapses händelsüchtig ist. Aber sollten nicht auch solide Familien zu finden sein? Schliesslich bliebe noch die Möglichkeit der Gründung eines Wärterdorfes à la Uchtspringe.

c) Fürsorge für Entlassene.

Mit der Entlassung des Kranken aus der Anstalt ist die Behandlung in vielen Fällen noch keineswegs abgeschlossen. Meist bleibt dann noch vieles zu thun; und doch geschieht in der Regel nichts. Aus äusseren Gründen; Wohlhabende können sich ja noch weiter den Luxus sachverständiger Behandlung leisten; für die grosse Masse fällt das fort. Der Genesene kehrt einfach in die oft recht ungünstigen häuslichen Verhältnisse zurück, muss der Arbeit nachgehen, muss Noth und Sorgen mit den Seinigen theilen, und niemand kümmert sich darum, niemand hilft dazu, dass ihm Schädlichkeiten ferngehalten werden, die seine eben wiedergewonnene Gesundheit von neuem in Frage stellen können.

Hier sollen die Irrenhülfsvereine helfend eingreifen, die jetzt allenthalben theils schon vorhanden sind, theils entstehen. Die Vertrauensmänner der Vereine, welche in der Lage sind, die Entlassenen im Auge zu behalten, vermitteln dem Verein die Kenntniss der häuslichen Verhältnisse, so dass überall, wo Hülfe Noth thut, solche auch gewährt wird. Natürlich sind dazu grosse Geldmittel erforderlich.

Brandenburg theilt mit, dass die Provinz dem dortigen Verein bisher aus dem Dispositionsfond jährlich grössere Zuwendungen bewilligt hat, dass aber nun ein Jahresbeitrag von 1000 M. in den Etat eingesetzt werden soll. Der Sorauer Bericht, in dessen Bezirk es Vertrauensmänner noch nicht giebt, betont energisch die Wichtigkeit dieser Einrichtung.

Salzburg empfindet das Fehlen einer Fürsorge für Entlassene als grossen Nachtheil. Weilmünster berichtet, dass der Hülfsverein, dank einem jährlichen Zuschuss des Landtages, in der Lage war, fast jedem bedürftigen Entlassenen eine Unterstützung zu gewähren. Stephansfeld hat an Unterstützungen 856 M. vertheilt und hat zur Vermehrung der Einkünfte der Unterstützungskasse den Verkauf von Ansichtspostkarten eingeführt. — Aehnliche Mittheilungen finden sich noch in manchen Berichten.

Der erst kürzlich entstandene Hülfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz hat einen eigenen Bericht herausgegeben. An dessen Spitze steht ein Aufruf, in dem die Zwecke des Vereins mitgetheilt werden und auf das segensreiche Wirken solcher Vereine an andern Orten, — in der Schweiz, in Oesterreich, in Hessen, Baden, Bayern, Württemberg, Lothringen, in Brandenburg und Westphalen — hingewiesen wird. Im Rheinlande bestand bisher ein solcher Verein nur im Regierungsbezirk Düsseldorf, welcher sich dem auf Brosius' Anregung in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz im Juni 1900 gegründeten Hülfsverein für die gesammte Provinz eingegliedert hat.

Daran schliesst sich der Bericht des Vorsitzenden Peretti über die Entstehung und Entwickelung des Vereins, für welchen Brosius sogleich 1000 M., der psychiatrische Verein 200 M. gestiftet hatten, und welchem alsbald der Provinzialausschuss einen einmaligen Beitrag von 3000 M. und einen Jahresbeitrag von 300 M. bewilligte. Bis zum Ende des Jahres 1901 zählte der Verein bereits 3345 Mitglieder, die sich auf 246 Städte und Ortschaften vertheilen. In weiteren 74 Ortschaften waren Vertrauensmänner gewonnen. Bis Juni 1901 waren die Vorarbeiten soweit gediehen, dass mit der Vertheilung von Unterstützungen begonnen werden konnte, und im ersten halben Jahr gelangten bereits 4281 M. zur Vertheilung. Die Höhe der einzelnen Unterstützungen belief sich auf 20—30 M., in mehreren Fällen auch bedeutend höher. „Die für den Anfang nicht unbeträchtliche Höhe der Summe spricht einerseits für die Nothwendigkeit des Vereins, andererseits lässt sie den Schluss zu, dass die Zahl und Grösse der Unterstützungen bald erheblich wachsen werden, wenn der Verein in noch weiteren Kreisen bekannt wird. Die Ansprüche an die Kasse werden sich von Jahr zu Jahr steigern, und da bedarf es der thätigen Mithülfe aller Vertrauenspersonen und Mitglieder, da bedarf es der Anwerbung neuer Freunde der guten Sache, vor allem Solcher, die als Vermittler zwischen dem Verein und der Bevölkerung wirken, und das sind die Vertrauenspersonen."

Weiter wird das Protocoll der ersten Hauptversammlung abgedruckt, in welcher Pelman einen Vortrag über Zweck und Ziele der Irrenhülfsvereine hielt.

Personal.

a) Aerzte.

Viele Berichte enthalten überhaupt keine Angaben über die an der Anstalt beschäftigten Aerzte; andere begnügen sich damit, die Zahl der etatmässigen Stellen anzugeben. In den Berichten, welche nähere Angaben über die Besetzung dieser Stellen enthalten, findet man fast regelmässig einen auffallend häufigen Wechsel oder gar längeres Unbesetztbleiben der niederen ärztlichen Stellen.

Nur wenige Anstalten sind in der glücklichen Lage, wie Weilmünster, schreiben zu können, „der im vorigen Jahre angeführte Personalbestand der Aerzte hat sich nicht verändert". Viele registriren einfach den starken Wechsel, der mitunter so stark ist, dass dieselbe Stelle in einem Jahre mehrmals den Inhaber wechselt, während andere ausdrücklich auf die Schwierigkeiten hinweisen, die der Wiederbesetzung der Stellen entgegenstehen. Eberswalde fand „erst nach längeren Bemühungen" einen II. Assistenzarzt; in Saargemünd konnte „die Stelle des II. Hülfsarztes bisher trotz aller dahin zielenden Bemühungen noch nicht wieder besetzt werden"; in Kortau ist „die Stelle des Volontärarztes unbesetzt, da trotz wiederholter Ausschreibungen und anderweitiger Bemühungen geeignete Bewerbungen bisher nicht einliefen". In Osnabrück „gelang es im Berichtsjahre nicht, die Stelle (des II. Ass.-Arztes) wieder zu besetzen. Als nun auch die I. Assistenzarztstelle . . . erledigt wurde und unbesetzt blieb, machte sich der Mangel an Aerzten in empfindlichster Weise bemerkbar". Es kam in Osnabrück so weit, dass ein Arzt von einer andern Anstalt der Provinz zeitweise zur Aushülfe dorthin überwiesen werden musste.

Einige Berichte sprechen sich ausführlicher über die Ursachen dieser Erscheinung und die Mittel zu ihrer Abhülfe aus. Stephansfeld sagt kategorisch: „Um dem häufigen Wechsel der Assistenzärzte vorzubeugen, sind Gehaltsaufbesserungen dringend noth-

wendig." Ob damit allein das punctum saliens getroffen ist, darf man wohl bezweifeln. Der Tannenhof hat sich entschlossen, „noch 2 verheirathete Aerzte anzustellen", und hofft, dadurch grössere Beständigkeit zu erreichen. Osnabrück weist darauf hin, dass „die Aussichten auf Weiterkommen so unsicher" sind „wie wohl in keiner andern Carriere und lediglich als Vorbereitung für den Beruf des practischen Arztes kann man bei aller Hochachtung vor der Psychiatrie einen mehrjährigen Aufenthalt an einer Irrenanstalt wohl kaum empfehlen". Osnabrück hält deshalb eine weitere Aufbesserung der Assistenzarztgehälter nicht für ausreichend, sondern erwartet Erfolg von der Verbesserung der Aussichten auf Fortkommen durch Schaffung neuer, beamteter (III.) Arztstellen, wie sie ja in der That auch schon an mehreren Stellen (Rheinprovinz, Hannover) eingerichtet sind.

Am eingehendsten befasst sich der Verwaltungs-Bericht des brandenburgischen Provinzialausschusses mit dieser Frage, in welchem ein der Directorenconferenz erstattetes Referat vom Director Gock abgedruckt ist. Gock constatirt zunächst, dass im Gegensatz zu früheren Jahren, wo auf eine Ausschreibung meist 20 und mehr Meldungen eingingen, jetzt nur 2—3, an den Berliner Anstalten wohl bis zu 8 Bewerbungen eingehen, dass aber ein grosser Theil dieser Bewerber von vornherein ungeeignet erscheint, und daher eine Auswahl kaum noch stattfinden kann. Durch Umfrage hat Gock festgestellt, dass der Nothstand in allen Provinzen der gleiche ist. Er zählt dann eine Reihe von Ursachen auf: Die Universitäten bieten jetzt dem Studenten hinreichend Gelegenheit, sich Kenntnisse in der Psychiatrie zu erwerben, ein Zweck, der früher manchen zu 1—2jährigem Dienst in der Anstalt veranlasste; die im Publikum beliebte Verhetzung und gehässigen Angriffe gegen die Irrenärzte haben zur Folge, dass wenig junge Aerzte Lust haben, sich einem Beruf zu widmen, der sie neben den Entsagungen und Gefahren, die er ohnehin mit sich bringt, auch noch der Missachtung und dem Misstrauen ihrer Mitmenschen aussetzt; das Militär zieht durch günstige Besoldungs- und Beförderungsverhältnisse viele Aerzte an sich; ebenso werden durch die immer zahlreicher werdenden Sanatorien und Heilstätten viele Aerzte in Anspruch genommen; die staatsärztliche Laufbahn ist jetzt günstiger als früher; ferner führt auch Gock wieder die im Vergleich zu andern ärztlichen Berufszweigen dürftige Besoldung und schlechte Aussicht auf Weiterkommen an; endlich weist er auf die einsame, abgelegene Lage der meisten Anstalten hin, welche die Aerzte nöthigt, auf geistige Anregung und sonstige Annehmlichkeiten des Lebens zu verzichten. Als Abhülfsmittel erwähnt Gock nur die in vielen Provinzen eingeführte Gehaltserhöhung der Assistenzärzte und verlangt eine solche auch für Brandenburg.

(Schluss folgt).

Die Ueberwachungsabtheilungen der Heilanstalt Dösen.

Die Heilanstalt der Stadt Leipzig zu Dösen ist zur Behandlung und Pflege

a) von Geisteskranken,

b) von körperlich Siechen,

c) von Reconvalescenten und

d) von schwachsinnigen Kindern

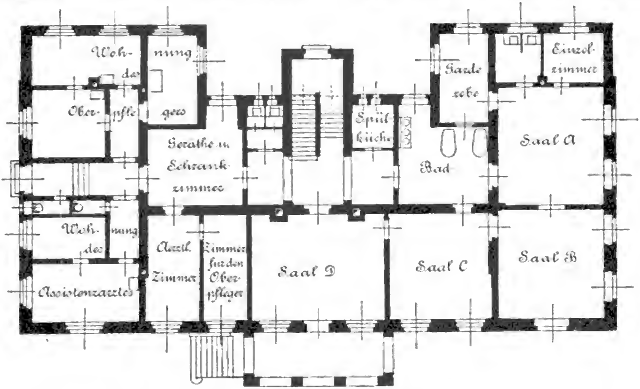
bestimmt und vermag rund 1000 Pfleglinge aufzunehmen.

Für Geisteskranke waren ursprünglich 438 Plätze vorgesehen; es mussten aber sehr bald nach der am 1. October vorigen Jahres erfolgten Eröffnung der Anstalt die für die Reconvalescenten bestimmten Gebäude wegen Ueberfüllung der Irrenabtheilung mit Geisteskranken belegt werden, so dass jetzt 600 Geisteskranke in der Anstalt unterzubringen sind. In Wirklichkeit befindet sich freilich unter den körperlich Siechen, besonders unter den Nervenkranken, eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten, die auch psychisch nicht normal sind.

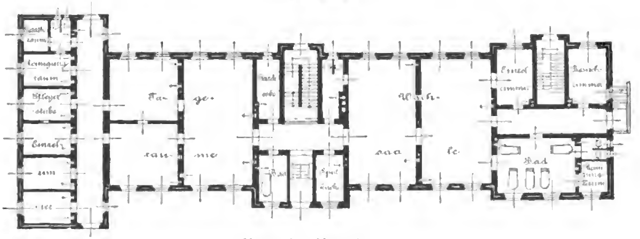
Für die 600 Kranken bestehen sowohl für die Männer als für die Frauen je zwei Ueberwachungsabtheilungen: die eine für Ruhige, die andere für Unruhige, jede mit 20 Betten ausgestattet, so dass 80 Kranke d. i. 13,33% des Bestandes in diesen Wachabtheilungen sich aufhalten. — Neben diesen Wachabtheilungen im engeren Sinne sind natürlich noch Säle für solche Kranke vorhanden, die mit Bettruhe behandelt, aber nicht dauernd überwacht werden.

Die Ueberwachungsabtheilung für ruhige Kranke (Skizze I) nimmt mit ihren Nebenräumen und den Wohnungen für einen Assistenzarzt und einen Oberpfleger (bezw. eine Oberpflegerin) das Erdgeschoss des Gebäudes für Halbruhige ein. Den Sälen A und B werden die neu eintretenden und die besonders strenger Ueberwachung bedürftigen Kranken übergeben. Beide Säle sind durch eine mit Glasfüllung versehene Thür verbunden. Saal A steht durch gleiche Thüren auch mit dem Einzelzimmer und dem Closet in Verbindung. Die Fenster dieser beiden Säle haben hölzerne Rahmen und eiserne Sprossen, besitzen Scheiben von dünnem Glas und etwas geringerer Grösse,

als sie in Privatwohnungen üblich sind, werden mittels Dorn geschlossen und sind in ihrem oberen Theile als Kippfenster construirt. Die Fenster im Einzelzimmer und Closet haben Scheiben von dickem



Haus für halbruhige Männer.
Erdgeschoss.



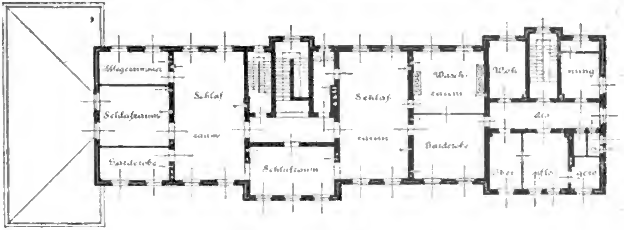
Haus für Unruhige.
Erdgeschoss.

Glas, im Uebrigen von derselben Construction. Der Hebel der Kippfenster ist in einen Canal des Rahmens eingelassen, der mittels Dornschlüssel geöffnet wird. Gitter sind nicht vorhanden. Rechtwinklig an die Säle A und B schliessen sich die Säle C und D an, deren ersterer wie A und B als Bettsaal eingerichtet ist, aber Kranke aufnimmt, die einer minder strengen Ueberwachung unterworfen werden, und deren zweiter als Tageraum benutzt wird. Diese beiden Säle haben Thüren und Fenster von gewöhnlicher Beschaffenheit. Aus D führt ein Ausgang auf die Veranda und in den Garten. — In dem vom Corridor sowie den Sälen A und C zugänglichen Baderaume sind 2 Wannen aufgestellt und 3 Waschbecken angebracht.

Die im gleichen Geschosse eingefügten Wohnungen eines Assistenzarztes und eines Oberpflegers garantiren sorgsame Beaufsichtigung des Pflegepersonals sowie rasche ärztliche Hilfe. —

Die Ueberwachungsabtheilung für Unruhige (Skizze

II) ist im Erdgeschoss des Gebäudes für Unruhige untergebracht und von den Tageräumen der im Obergeschoss schlafenden Kranken durch das Treppenhaus und mehrere Nebenräume getrennt. Sie besteht aus zwei durch eine Glasthür mit einander in Verbindung stehenden Sälen und einem angrenzenden Einzelzimmer. Vom zweiten Saale führt eine Thür mit Glasfüllung unmittelbar in das Closet. Als zu der Wachabtheilung gehörig ist ein Baderaum vorhanden, der mit 5 Wannen ausgestattet ist und ein eigenes Closet und einen Reinigungsraum besitzt. Diese Badeabtheilung, die wesentlich für Dauerbäder verwendet wird, macht durch ihre freundliche Ausstattung einen recht behaglichen Eindruck. — Die Construction der Fenster der Ueberwachungsabtheilung für Unruhige ist dieselbe wie in den Sälen A und B der Wachabtheilung für Ruhige.



Haus für Unruhige.
Obergeschoss.

Obermedicinalrath Dr. Lehmann.

Mittheilungen.

— Programm des Antwerpener Congresses.

31. Aug. Sonntag Abends: Empfang der Mitglieder des Congresses durch die wissenschaftlichen medicinischen Gesellschaften im Cercle Artistique, Littéraire et Scientifique.

1. Sept. Montag, 10 Uhr: Eröffnung des Congresses. Vormittagsitzung: Punkt 1. Gegenwärtige Lage und Bedeutung der Familienpflege. — Nachmittagsitzung: Fortsetzung der Discussion. — Mittheilungen.

2. Sept. Dienstag: Besuch der Colonie in Gheel.

3. Sept. Mittwoch: Vormittagsitzung: Punkt 2. Welche Kranke eignen sich am besten für Familienpflege? — Nachmittagsitzung: Fortsetzung der Discussion. — Mittheilungen. — Abends: Empfang der Congressmitglieder im Stadthause.

4. Sept. Donnerstag: Ausflug nach der Colonie Lierneux. (Mitgliedern, welche nicht nach Lierneux mitgehen können, ist der Besuch der Irrenanstalten der Umgebung von Antwerpen ermöglicht.)

5. Sept. Freitag: Vormittagsitzung: Punkt 3. Organisation der Colonieen. Nachmittagsitzung: Fortsetzung der Discussion. — Mittheilungen.

6. Sept. Sonnabend: Vormittagsitzung: Punkt 4. Gründung neuer Colonieen. — Nachmittagsitzung: Fortsetzung der Discussion. — Mittheilungen. — Abends: Banket.

Die Ausflüge nach Gheel und Lierneux finden zwischen den Sitzungen des Congresses statt, damit die Streitfragen mit grösserer Objectivität erledigt werden können. Eine Vergnügungstour vereinigt die Mitglieder, welche Sonntag, den 7. September, noch in Antwerpen verbleiben.

Detailliertere Angaben enthält das Programmbuch, welches den Congresstheilnehmern zugestellt wird. In diesem Buch sind auch ein Stadtplan, die Liste der Museen, die Abfahrtszeiten der Züge, die empfehlenswerthesten Hôtels u. s. w. enthalten.

Vorträge und Mittheilungen.

1. Welches ist die augenblickliche Lage und Bedeutung der familiären Irrenpflege vom wissenschaftlichen und financiellen Standpunkte aus? a) (Verpflegung in fremder Familie). Dr. Keraval. Exposé comparatif de l'Assistance familiale en Europe. Dr. Alt. Der heutige Zustand der familiären Irrenpflege in Deutschland. Dr. A. Marie. Notice historique sur la colonisation familiale de la Seine. Dr. Medici. L'assistance familiale des aliénés en France et les catégories de malades qui en relèvent. M. Fédor Gerenyi. Le patronage familial dans la Basse-Autriche. Dr. Bajenoff. L'assistance familiale en Russie. Dr. J. W. L. Spence. The present position of the insane poor under private care in Scotland. Dr. Van Dale. Ontwikkeling, tegenwoordige stand en toekomst der gezinsverpleging van krankzinnigen in Nederland. Dr. Vogt. L'assistance familiale en Norvège. Prof. Tamburini. Il patronato familiare in Italia. Dr. Hesse. Der heutige Zustand

der familiaren Irrenpflege zu Ilten. Dr. Engelken. Der heutige Zustand der familiaren Irrenpflege zu Ellen, bei Bremen. b) (Verpflegung in der eigenen Familie). Prof. Pick. Ueber Anzeigepflicht betreffend die nicht in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken. Dr. L'Hoest, La séquestration à domicile. c) (Verpflegung in der Irrenanstalt). Dr. Mongeri. L'assistance des aliénés en Turquie. Dr. Claus. La journée d'entretien dans les asiles. Dr. Marie. Les asiles privés.

2. Welche Kranke eignen sich am besten für die Familienpflege? Dr. Swolfs. L'assistance des aliénés. Le régime qu'il faut choisir pour le traitement et l'entretien des aliénés. a) Dr. Marie. L'assistance familiale des aliénés convalescents. b) Prof. De Boeck. L'assistance familiale des aliénés délinquants. c) Dr. P. Masoin (Gheel). L'assistance familiale des épileptiques. Dr. Claus. L'assistance des epileptiques. d) Dr. Manheimer-Gomes. L'assistance familiale des enfants arriérés. Dr. Ley. Le traitement à la colonie des enfants idiots et imbéciles. Dr. Decroly. L'assistance de l'enfance anormale. e) Dr. Oláh. Welche Mittel sind geeignet die Psychosen im Frühstadium uns zuzuführen. Dr. Sano. Comment organiser le classement des aliénés pour envoyer à la colonie ceux qui relèvent du traitement familial.

3. Wie sind Irrencolonien am besten nach administrativen und wissenschaftlichen Maximen zu organisiren, u. s. w.? Dr. Depéron. De l'organisation des colonies d'aliénés. a) Dr. van Deventer. Over werkverschaffing aan krankzinnigen in gezinsverpleging. b) Dr. Picqué. L'assistance chirurgicale des aliénés. Prof. Crocq. Des moyens d'améliorer l'organisation médicale des établissements d'aliénés. Dr. Duchateau. Des réformes à apporter au service médical des asiles d'aliénés. Dr. van Deventer. De positie van den geneesheer in het krankzinnigengesticht. c) Dr. Meeus. L'instruction professionnelle des nourriciers. Dr. van Deventer. De opleiding van het verplegend personeel. d) Dr. Havet. De l'importance des laboratoires scientifiques au point de vue de l'assistance des aliénés.

4. Welche Umstände verlangen die Gründung neuer Colonien und von welchen Gesichtspunkten muss man sich bei Gründung derselben leiten lassen? Dr. A. Marie. L'encombrement dans les asiles et l'assistance familiale. Dr. Peeters. La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Dr. Vos. Over de keuze van de plaats voor gezinsverpleging.

5. Verschiedenes. Dr. Oláh. Welches passende Wort lässt sich für das ominöse Wort „Irre" einführen. Dr. De Gueldre. De l'insuffisance des garanties légales concernant la collocation des aliénés. Dr. Claus et Dr. van Bever. L'examen psychique des criminels dans les prisons.

Deutsches Comité:

Dr. Alt, Director der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt, Uchtspringe (Altmark). Dr. Stamm, Hildesheim, Schriftführer. Dr. Engelken, Director des Asyls Rockwinkel bei Bremen. Dr. Wahrendorff, Direcktor des Asyls Ilten bei Hannover.

Referate.

— Die Statistik der Geisteskranken in Ungarn. Von Ministerialrath Dr. C. Chyzer. Vortragender hebt die Wichtigkeit hervor, welche die Statistik der Geisteskranken in Bezug auf die öffentliche Verwaltung besitzt, denn nur auf dieser Basis lässt sich die fortwährende Zunahme der Geisteskranken deutlich nachweisen, und dies bildet das bedeutsamste Argument zur Errichtung neuer Staats-Heilanstalten für Geisteskranke. Es hat sich gezeigt, dass die bei der allgemeinen Volkszählung constatirte Zahl der Geisteskranken den thatsächlichen Verhältnissen nicht entsprach, da die betreffenden Organe der Volkszählung nur auf die Aussagen der Familienangehörigen angewiesen waren, diese aber theils aus falscher Scham, ihre Angehörigen als geisteskrank zu declariren, theils aber aus wirklicher Verkennung der Umstände, in zahlreichen Fällen es vermieden das Familienmitglied als geisteskrank zu bezeichnen. Aus diesem Grunde hat der ungarische Minister des Innern schon im Jahre 1895 eine namentliche Zählung der Geisteskranken veranlasst, und dieselbe im Jahre 1901 wiederholt derart, dass die Ortsbehörde im Verein mit dem behördlichen Arzte die Zählung vornehme und dass der betreffende Arzt gewisse Gelegenheiten, wie die zeitweiligen ärztlichen Untersuchungen der Schulkinder, die Impfung etc. benützen möge um sich so weit als möglich von der Richtigkeit der Daten zu überzeugen. Diese letzte Zählung hat nun folgende interessante Daten zu Tage gebracht: Im Königreiche Ungarn wurden im Jahre 1901 gefunden 34852 Geisteskranke (20396 M., 14456 Fr.), darunter 19755 Idioten und Cretins. Von diesen waren in Heilanstaten untergebracht 5273 (2961 M., 2312 Fr.), also 15,13 % der Gesammtsumme. Diese Zahl bessert sich bedeutend, wenn wir von den Idioten absehen und blos die Verhältnisse der übrigen Geisteskranken in Betracht ziehen; es zeigt sich dann, dass von 15097 Geisteskranken 4834, also 32,08 % in Heilanstalten untergebracht waren. Zu interessanten Resultaten gelangen wir auch, wenn wir diese letzte Zählung mit der vom Jahre 1895 vergleichen. Es zeigt sich nämlich, dass die Zahl sämmlicher Geisteskranken in diesen 6 Jahren von 25071 auf 34852, also um 39 % gestiegen ist. Noch auffälliger werden diese Zahlen, wenn wir die Zunahme der Geisteskranken im engeren Sinne (ohne Idioten und Cretins) vor Augen halten. Dieselben sind nämlich von 10421 auf 15097, also um 45 % gestiegen. Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass die geisteskranken Alkoholisten besonders nachgewiesen wurden und ein besonders günstiges Resultat zeigten, indem im Ganzen blos 2529 geisteskranke Alkoholisten gefunden wurden. Stein.

☞ Herr Dr. Deiters, Andernach a. Rh., dessen übersichtliche und objective Verarbeitung der Jahresberichte auf allen Seiten Anerkennung gefunden hat, beabsichtigt demnächst an das Referat über die vorjährigen Berichte heranzutreten. Im Interesse einer möglichst vollständigen Berichterstattung werden die Anstalten, auch die Nervenheilstätten, gebeten, ein Exemplar ihres Berichts ihm recht bald zugehen zu lassen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

# Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 21. 23. August. 1902.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01.

Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt von Dr. *Deiters*-Andernach.

(Schluss.)

Diese jetzt fast allenthalben eingeführte Gehaltsaufbesserung der Assistenzärzte ist gewiss freudig zu begrüssen. Ob aber damit der Nothstand dauernd beseitigt wird, bleibt recht zweifelhaft. Die Verbesserung des Avancements durch Neuschaffung beamteter Arztstellen dürfte schon wirksamer sein; aber eine gründliche Aenderung wird man auch davon kaum erwarten dürfen. Da dürften doch noch mancherlei Imponderabilien mitsprechen.

Haben denn die beamteten Aerzte der Anstalten im Allgemeinen eine Stellung, die dem jungen Anfänger erstrebenswerth erscheinen kann? d. h. eine Stellung, wie sie ihrem Alter und den auf ihre Ausbildung verwendeten Mühen und Mitteln entspricht? Wenn man allen jungen Bewerbern um Assistenzarztstellen mittheilte, dass sie Aussicht haben, in 8—10 Jahren zu fester Anstellung zu gelangen, um dann in den Stellen des III. und II. Arztes viele Jahre lang, vielleicht zeitlebens, zu bleiben, — ob dann wohl viele ihre Bewerbung aufrecht erhalten würden? Nun ist ja gewiss zuzugeben, dass an vielen Anstalten die älteren Aerzte ein hinreichendes Maass von Selbstständigkeit haben, dessen sie bedürfen, um in ihrer Thätigkeit Befriedigung zu finden. Aber sie haben doch nicht von Amtswegen ein Recht darauf; sie haben stets nur so viel Selbständigkeit, wie der Director ihnen geben will. Und nach vieljähriger Dienstzeit immer noch in abhängiger Stellung sich zu wissen, das ist für den selbstbewussten jungen Mediciner keine verlockende Aussicht. Im Lauf der Jahre lernt man es ja freilich, viele Illusionen aufzugeben; man begnügt sich schliesslich mit dem, was man hat, und

wartet geduldig ab, was der liebe Gott weiter bescheert. Aber die Anwärter auf Assistenzarztstellen sind doch Jünglinge, die mit tausend Masten in den Ocean schiffen; von denen kann man solche Entsagungsfähigkeit noch nicht erwarten. — Und wenn ihnen dann noch gar Dinge bekannt werden, wie das eigenthümliche, im Bericht mitgetheilte Schicksal der Allenberger Oberärzte, so wird die Neigung zum Anstaltsdienst auf den Gefrierpunkt sinken.

Eine weitere, vielleicht noch bedeutsamere Ursache für das geringe Angebot möchte ich in der, fast völligen Abwesenheit von wissenschaftlichem Streben in den meisten Anstalten erblicken. Der junge Arzt, der eben das Staatsexamen hinter sich hat, hat vorläufig noch wissenschaftliche Interessen, und will daher zunächst noch etwas für seine Ausbildung thun, und dafür findet er in der Irrenanstalt wenig Gelegenheit. Das hat verschiedene Gründe. Einmal nimmt die moderne Art der Irrenbehandlung die Kraft der Aerzte so vollständig in Anspruch, dass ihre gesammte Zeit durch den Abtheilungsdienst besetzt ist und sie vielfach genöthigt sind, ganz in subalternem Kleinkram aufzugehen. Missvergnügte Collegen haben das in mancher Hinsicht leider nicht ganz unbegründete geflügelte Wort erfunden, dass der moderne Irrenarzt nur ein akademisch gebildeter Oberpfleger sei. Da bleibt für wissenschaftliche Arbeit keine Zeit, es müsste denn die Zahl der Aerzte an einer Anstalt eine grössere sein. Und selbst wenn die Zeit vorhanden wäre, so fehlt immerhin noch die Gelegenheit. Die Laboratorien der meisten Anstalten sind höchst dürftig; die für die Bibliothek zur Verfügung stehenden Mittel sind meist zu gering, um auf dem Laufenden zu bleiben; und schliesslich, der junge Anfänger sucht nicht nur Arbeitsgelegenheit, sondern auch wissenschaftliche Anregung und Anleitung; und daran fehlt es doch vielfach.

Vielleicht waren es derartige Erwägungen, welche den brandenburgischen Provinzialausschuss veranlasst haben, eine Summe von 2000 M. zur wissenschaftlichen Fortbildung der Irrenärzte vorzusehen. Aehnliches ist ja auch anderwärts schon vorgekommen und verdient jedenfalls Nachahmung.

b) Pflegepersonal.

Nicht allein an die Aerzte, sondern wohl noch mehr an das Pflegepersonal stellt die moderne Art der Irrenbehandlung in jeder Hinsicht weit höhere Anforderungen als die frühere. Es ist daher einleuchtend, dass die Heranbildung guten Personals zu den wichtigsten Aufgaben jeder Anstalt gehört. Leider steht diesem Postulat die Thatsache gegenüber, dass die Gewinnung geeigneter Kräfte in unserer Zeit immer schwieriger wird." Die Lektüre unserer Berichte lässt darüber keinen Zweifel; überall lesen wir von starkem Wechsel, von der Schwierigkeit, guten Ersatz zu finden.

Freilich giebt es Ausnahmen. So ist z. B. in den ostpreussischen Anstalten der Wechsel auffallend gering, während dagegen die westpreussischen über recht erheblichen Wechsel zu klagen haben: in Neustadt sind bei einem Bestand von 33 M. und 31 F. im Laufe des Berichtsjahres 22 und 20 ausgeschieden. Ferner berichtet, um nur einzelne aus verschiedenen Landestheilen herauszugreifen, Dziekanka über einen Wechsel von 50% bei den Männern und 72% bei den Frauen; auf dem Eichberg schieden 65% M. und 32,6% F. aus. In Bayreuth wechselten 28 M. und 24 F. bei einem Normalbestand von 45 resp. 39. In Frankfurt waren 45% des gesammten Personals kürzer als ein Jahr im Dienst.

Die Zahlenbeispiele noch zu vermehren ist wohl unnöthig; man sieht, die Noth ist allgemein, und die wenigen Ausnahmen können am Gesammtbild nicht viel ändern.

Die Bestrebungen nach Abhülfe laufen im wesentlichen auf die Verbesserung der wirthschaftlichen Lage des Personals hinaus, bisher leider noch nicht immer mit dem gewünschten Erfolg. Der Bericht über die rheinischen Anstalten weist darauf hin, dass in Folge der günstigen Lohnverhältnisse in der Industrie der Wechsel recht bedeutend war, obgleich schon seit 3 Jahren die Lohnverhältnisse des Personals wesentlich verbessert worden sind; erst mit Beginn einer ungünstigeren Lage der Industrie kamen mehr Angebote.*)

Der Brandenburger Bericht beschäftigt sich eingehend mit dem männlichen Personal. Nachdem zunächst hervorgehoben worden ist, dass der ganze Erfolg der ärztlichen Thätigkeit von der Zuverlässigkeit und Umsicht der Pfleger abhängt, und dann ferner die Gefahren und Unannehmlichkeiten des Pflegerdienstes eine kurze Würdigung erfahren haben, wird geschlossen, „dass tüchtige, zuverlässige Kräfte sich nur dann in einem solchen Amt halten lassen, wenn ihnen

*) Im westfälischen Bericht klagt Münster über einen abnorm starken Wechsel, welcher dadurch bedingt war, dass mehrere ältere und bewährte Pfleger an die Irrenabtheilung der Strafanstalt übergetreten sind. Dieser Uebertritt ist durch die damit verbundenen Vortheile sehr begreiflich. Die Pfleger sind an der Strafanstalt nicht allein pecuniär weit besser gestellt, sondern sie haben auch eine viel freiere Stellung; sie haben regelmässigen achttägigen Wechsel zwischen Tag- und Nachtdienst, und während des ersteren eine 10 stündige, während des Nachtdienstes nur eine 7 stündige Dienstzeit.

darin die Möglichkeit zur Begründung eines von Nahrungssorgen freien Hausstandes und einer angemessenen Theilnahme am Familienleben eröffnet ist". Es wird demgemäss für verheirathete Pfleger eine „Familienzulage" eingeführt, die nach einjähriger Dienstzeit gewährt wird und anfangs 120 M. beträgt, später auf 150 und 180 M. steigt, und zugleich wird der Anstaltsdirector ermächtigt, bis zu $^1/_3$ der Wärter den Heirathsconsens zu ertheilen. Weiter werden für die verantwortungsreicheren Wärterstellen Funktionszulagen eingeführt, und endlich für das ganze Personal ein „Gesammtgehalt" berechnet, innerhalb dessen „der Anstaltsdirector in der Festsetzung des Gehaltes für jeden Wärter bis zum Betrage des Höchstsatzes nicht beschränkt" ist. Daneben wird die Erwerbung oder Erbauung von Wohnhäusern für die Wärterfamilien ins Auge gefasst, welche zugleich auf Einrichtung der Familienpflege berechnet sind.

Auch anderwärts wird der Wohnungsfrage der verheiratheten Pfleger Aufmerksamkeit geschenkt. Kortau hat drei Wärterhäuser für je 4 Familien gebaut. Eichberg giebt verheiratheten Wärtern einen Wohnungsgeldzuschuss.

Ueckermünde berichtet über eine abermalige Lohnerhöhung, Funktionszulagen und Vermehrung des Personals auf 1 : 8 statt früher 1 : 10 und kann konstatiren, dass für die Pflegerstellen alsbald mehr Meldungen eingingen, während bei den Pflegerinnen noch kein durchschlagender Erfolg erkennbar war. Bei letzteren war besonders auffällig, dass die Zahl der körperlich und geistig Minderwertigen unter den Bewerberinnen immer grösser wurde, was der Berichterstatter darauf zurückführt, dass ein grosser Theil der jungen Leute vom Lande in die Städte strömt, und eben die tüchtigen und brauchbaren dort gedeihen, während die minderwerthigen zurückkehren. Es waren unter 102 in der 5jährigen Berichtszeit ausgeschiedenen Pflegerinnen 21, die wegen körperlicher oder geistiger Nichteignung austreten mussten, häufig schon nach wenigen Wochen. — Zur Abhülfe hält es der Bericht für wünschenswerth, die weibliche Pflege Genossenschaften zu übertragen, und scheint es fast zu bedauern, dass es, wie er meint, keine Genossenschaften giebt, die die Pflege in Irrenanstalten übernehmen. Sollten wir uns nicht lieber freuen, wenn dieser Kelch an uns vorübergeht? Schliesslich empfiehlt er, dass die Provinzen selbst für ihren Bedarf solche Genossenschaften gründen, wie es für die körperliche Krankenpflege die Krankenhäuser von Berlin und Hamburg durchgeführt hätten. Sind deren Erfahrungen wirklich so verlockend?

Die meisten Anstalten legen doch übrigens immer noch Werth darauf, ihr Personal selbst auszubilden, und nicht wenige gehen sogar so weit, dass sie principiell keine Pfleger anstellen, die schon in einer anderen Anstalt waren. So lese ich z. B. im Bericht von Eberswalde, dass dort Personal aus anderen Anstalten nur ausnahmsweise angenommen wird.

Es ist denn auch ein charakteristischer Zug der Zeit, dass allenthalben auf eine gründliche Ausbildung des Personals erhöhter Werth gelegt wird; und während es noch vor 10 Jahren zu den Seltenheiten gehörte, dass in einer Anstalt dem Pflegepersonal systematischer Unterricht ertheilt wurde, ist dies heute wohl zur allgemeinen Regel geworden.

Sehr viele Berichte erwähnen die Einführung des Pflegerunterrichts und die Anschaffung des Scholz'schen Leitfadens. Nur einzelne gehen näher darauf ein.

An der Sorauer Einrichtung ist bemerkenswerth, dass ein Theil des Unterrichts — nämlich über allgemeine Hausordnung, Umgang mit Kranken, Pflege bettlägeriger und unreinlicher Kranker, Zubereitung von Bädern, — durch das Oberwartpersonal ertheilt wird. Mir scheint das etwas bedenklich, man müsste denn aussergewöhnlich intelligentes und zuverlässiges Oberwartpersonal haben. Die Aerzte unterrichten über allgemein anatomische und physiologische Verhältnisse und erläutern am Beispiel der vorhandenen Kranken die einzelnen Krankheitserscheinungen. Nach 3monatlicher Probezeit wird vor dem Director eine Prüfung abgelegt, und dann erst erfolgt die endgültige Anstellung. Die Einrichtung hat sich bewährt; besonders wird hervorgehoben, dass man über die Befähigung der einzelnen ein Urtheil gewinnt und dass die Probezeit es ermöglicht, ungeeignete Elemente vor der endgültigen Anstellung auszuscheiden.

In Eberswalde wird seit 98 regelmässiger Unterricht an der Hand des Scholz'schen Leitfadens durch den Director ertheilt, an dem alle unter 2 Jahren im Hause befindlichen Pfleger theilnehmen, so dass jeder, der lange genug im Hause bleibt, mindestens 2 Kurse mitmacht. Doch wird ausdrücklich betont, dass die fortlaufende ärztliche Unterweisung bei Gelegenheit der Visiten für die Ausbildung des Personals von ausschlaggebender Bedeutung ist und der systematische Unterricht diese nicht überflüssig machen, sondern nur unterstützen kann. Man wird diesen Ausführungen nur zustimmen können.

Zweckmässig scheint mir auch die in Eberswalde geübte Verwendung neu eintretenden Personals zu sein. Es wird jeder nach vorangegangener Unterweisung in Hausordnung und Dienstinstruction zunächst einer Wachabtheilung zugetheilt, wo er bleibt,

bis er in den Dienst eingelebt ist; dann muss er nach der Reihe alle Abtheilungen durchmachen, um allmählich alle Kategorien von Kranken kennen zu lernen. Ich zweifle aber, ob sich dies immer wird praktisch durchführen lassen. Bei uns wenigstens kommt es nicht so selten vor, dass am 1. des Monats eine grössere Anzahl neuen Personals zugleich eintritt. Die kann man dann unmöglich alle auf Wachabtheilungen setzen, vielmehr müssen sie, wenn auch unausgebildet, fürs Erste vorhandene Lücken füllen. Und will man die Pfleger alle Abtheilungen durchmachen lassen, so macht man, besonders bei den weiblichen, immer wieder die Erfahrung, dass einzelne sich für eine Art von Kranken sehr gut, für andere gar nicht eignen, und man wird dann doch wohl gut thun, sie da zu lassen, wo sie sich bewähren. Aber ich gebe zu, dass das Ausnahmen sind, und dass bei der Mehrzahl allseitige Verwendung möglich ist.

Bei dem aufreibenden und verantwortungsvollen Dienst des Pflegepersonals nimmt es uns nicht wunder, in verschiedenen Berichten über das Vorkommen von allerhand neurasthenischen Beschwerden, besonders beim weiblichen Personal, zu lesen. In Hochweitzschen war bei Pflegerinnen, die bereits mehrere Jahre im Dienste stehen, „eine schnelle Abnutzung in psychischer und somatischer Hinsicht bemerkbar. Sie findet ihren Ausdruck in jenen zahlreichen Indispositionen der Pflegerinnen von halben bis zu ganzen Tagen, so in zahlreichen nervösen Störungen, wie Kopfschmerzen, allgemeiner Mattigkeit, Schlaflosigkeit, grosser Reizbarkeit, Unverträglichkeit, herrischem Wesen, ferner in Appetitlosigkeit, Menstruationsstörungen, Abnahme des Körpergewichts etc." Das einzige zuverlässige Heilmittel für solche Zustände, eine längere Beurlaubung, scheitert oft daran, dass die Pflegerinnen nicht wissen, wo sie den Urlaub zubringen sollen. Der Bericht plädirt deshalb für die Einrichtung einer Erholungsstätte in ruhiger, waldreicher Gegend.

Frankfurt berichtet über eine ganze Anzahl Fälle von nervöser Erschöpfung bei Pflegerinnen, die einander klinisch sehr ähnlich waren und zweifellos auf die Ueberanstrengung im Dienst zurückzuführen sind. „Die Pflegerinnen fallen meist durch ihr schlechtes Aussehen und gedrücktes Wesen auf. Sie klagen über Schlaflosigkeit und völligen Appetitmangel, Gefühl grosser Müdigkeit und Leistungsunfähigkeit. Gewöhnlich treten auch Angstzustände auf mit dem Gefühl, dass etwas passire, dass jemand hinter ihnen stehe, hin und wieder auch, dass ihnen der Hals zugedrückt würde. Manchmal herrscht auch eine etwas melancholische Färbung vor, die Kranken glauben nicht genug gethan zu haben, nichts mehr leisten zu können, wollen sich nicht gern in eine Kur ausserhalb der Anstalt begeben, weil sie dadurch sich ihrer Pflicht entzögen. Meist bessert sich der Zustand sofort mit dem Wechsel der Umgebung, und auch der Appetit und Schlaf kehren bald wieder. Gerade die diensteifrigsten und fleissigsten Pflegerinnen scheinen am leichtesten befallen zu werden." Auch Frankfurt hat die Errichtung einer Erholungsstation ins Auge gefasst.

Durch reichlich zu bemessende Erholungsstunden kann man wohl in vielen Fällen dem Ausbruch so schwerer Störungen wirksam vorbeugen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die blosse Gewährung von Freistunden dafür nicht genügt, sondern es muss auch darauf gedrungen werden, dass die Pflegerinnen während dieser Stunden wirklich die Abtheilung verlassen. Dazu ist es nothwendig, dass ihnen in der Anstalt ein Raum zur Verfügung steht, wo sie diese Stunden zubringen können. Denn natürlich kann man sie nicht zwingen, bei jedem Wetter hinauszugehen; und wenn sie in der Abtheilung bleiben, dann ist von Erholung keine Rede. In den meisten Anstalten sind jetzt solche Räume wohl auch vorhanden, und einige Berichte — ich nenne z. B. nur Freiburg-Schlesien — erwähnen die Einrichtung ausdrücklich.

Natürlich wird durch die Einführung häufiger Erholungsstunden eine möglichst liberale Gewährung längeren Urlaubs nicht überflüssig gemacht, und gerade die besten und tüchtigsten Pflegerinnen müssen dazu angehalten werden, Urlaub zu nehmen, weil sie es von selbst nicht thun. Jedenfalls sollte dies stets bei den ersten Zeichen von nervöser Erschöpfung geschehen.

Erwähnenswerth ist es noch, dass Frankfurt einen Versuch gemacht hat, das Pflegepersonal gegen Unfall zu versichern, der aber an der Höhe der von den Versicherungsgesellschaften geforderten Beiträge vorläufig scheiterte. Weilmünster berichtet über die Einrichtung einer Altersversorgung in der Art, dass „nach mindestens 10jähriger Dienstzeit im Falle eintretender Gebrechlichkeit eine Rente aus der Unterstützungskasse für die ständigen Bediensteten des Bezirksverbandes bewilligt werden kann".

Der Bericht vom Tannenhof berichtet in seinem ersten, übrigens vom geistlichen Leiter verfassten Theil über eine Conferenz, in welcher der Referent neben der Wärternoth noch die Parität als die beiden „Hauptübel" bezeichnete, an denen „sämmtliche Irrenanstalten litten". In ärztlichen Kreisen ist man wohl allgemein

entgegengesetzter Meinung. Es kann nicht energisch genug dagegen protestirt werden, dass der Geist confessioneller Intoleranz noch mehr, als es leider schon hier und da der Fall ist, in die Irrenpflege hineingetragen wird. Das Zusammensein von Kranken verschiedener Confession in derselben Anstalt hat noch nirgends zu Missständen geführt. Für die religiösen Bedürfnisse der Kranken wird überall gesorgt. Keine Anstaltsdirection legt den Geistlichen Schwierigkeiten in den Weg. Von einem „Nothstand" zu reden, zu dessen „Abhülfe" wir „evangelische Anstalten und vor allem evangelisches Pflegepersonal" brauchen, ist also eine Entstellung, ich möchte fast sagen, eine Verleumdung.

„Das ist im Grund der Herren eigner Geist."

Klinisches; wissenschaftliche Beiträge.

An wissenschaftlichem Material einer der reichsten Berichte ist der von Ueckermünde. Die trockenen statistischen Mittheilungen werden dort durch reichlich eingestreute, zum Theil recht interessante casuistische Mittheilungen auch den ferner Stehenden geniessbar gemacht; ausserdem bringt er 3 wissenschaftliche Originalabhandlungen. — Da beides in dieser Wochenschrift (1901, Nr. 5) bereits besprochen ist, braucht hier nicht näher darauf eingegangen zu werden.

Bunzlau berichtet über einen typischen Fall von polyneuritischer Psychose, der geheilt entlassen wurde; es war bei der Entlassung noch eine leichte geistige Einbusse und Fehlen der Sehnenreflexe zu konstatiren. Weiter über einen zweiten Fall, bei dem Hysterie anfangs einen Korsakoff vorgetäuscht hatte.

Der Alsterdorfer Bericht bringt eine Untersuchung über postepileptische Psychosen von Kellner. Die Unterscheidung der Epileptiker in 4 Stufen, nämlich geistig normale und 3 Grade von geistig defecten, scheint mir etwas willkürlich. Bei den nach den Anfällen beobachteten Störungen handelt es sich um Dämmerzustände, um Verwirrtheit mit Erinnerungsdefecten, um ängstliche Delirien, um Stuporzustände bis zum Coma, um motorische und amnestische Sprachstörung. Bemerkenswerth ist es, dass höhere Grade von Angst und Unruhe bei den geistig noch relativ hochstehenden Epileptikern ziemlich selten beobachtet und um so häufiger wurden, je tiefer die geistige Entwicklung zurückgeblieben war, dass speciell Tobsucht bis zur Gemeingefährlichkeit nur bei den tiefer Stehenden vorkam. Unter den mitgeteilten Fällen ist einer bemerkenswerth durch die Art der Amnesie: Die Kranke hatte in monatlichen Zwischenräumen gehäufte Anfälle, nach denen sie in tiefen Schlaf fiel. Nach dem Erwachen war sie körperlich wohl, nicht verwirrt, hatte aber die Erlebnisse der letzten 10—15 Jahre vergessen. Jedesmal war es ein 15 Jahre zurückliegendes, freudiges Ereigniss, an das sie anknüpfte, das ihr als eben erlebt vorschwebte, mit dem sie allerhand freudige Hoffnungen verband, die von ihrer zu anderen Zeiten stets ruhigen und mehr trüben Stimmung sehr abwichen. Nach einigen Tagen tauchte nach und nach die Erinnerung an die späteren Erlebnisse wieder auf.

Die Idiotenanstalt zu Niedermarsberg theilt ausführlich die Krankengeschichte eines myxödematösen Idioten mit, der mit Thyreoidtabletten geheilt wurde; auch das psychische Verhalten besserte sich ganz erheblich.

In der Irrenstation des Zuchthauses zu Waldheim ist beobachtet worden, dass die mit Sinnestäuschungen einhergehenden Formen geistiger Störung bei den Aufgenommenen überwiegen, was darauf zurückgeführt wird, dass die meisten aus der Strafhaft bezw. Isolirhaft kommen. „Die Isolirhaft begünstigt das Auftreten von Sinnestäuschungen und lässt Leute, welche zu geistiger Erkrankung neigen, leichter erkranken, namentlich Leute in jugendlichem Alter und Leute, welche weicheres Gemüth haben, noch fähig sind, die Strafhaft sich zu Herzen zu nehmen." Unter den 37 aufgenommenen Geisteskranken war bei 19 die Störung während der Isolirhaft aufgetreten.

Viel casuistisches Material enthält der Bericht der Friedmatt. Ein Mann, der mit der Diagnose Melancholie mit Phthisis pulmonum in die Anstalt gebracht wurde und nach 8 Tagen unter zunehmendem Marasmus, Fieber, Husten, Erbrechen, und blutigen Diarrhoeen starb, erwies sich bei der Sektion als Typhus abdominalis.

Im Asile de Cery ist ein Fall von Delirium tremens behandelt worden, das mit allen klassischen Symptomen mehrere Monate dauerte, dann in Heilung überging; und ein anderer, dessen Hallucinationen und Desorientirtheit mehrere Wochen dauerten, aber nur bei Nacht.

Verschiedene Anstalten berichten über Versuche mit neuen Arzneimitteln. Die meisten derartigen Mittheilungen beziehen sich auf die Epileptikerbehandlung.

Mit Bromipin hat Weissenau günstige Erfahrungen gemacht. Weil sein Geschmack nicht an Brom erinnert, wird es besonders für solche Kranke empfohlen, die eine Abneigung gegen Bromsalze haben. Die Wirkung sei intensiver als die der Bromalkalien, die lästigen Hautaffectionen bleiben aus. Dosen von 4—8 g werden als kleine bezeichnet und hatten keinen nachhaltigen Erfolg, während 10

bis 15 g pro die, in einem Fall sogar 25 g pro die Nachlassen der Anfälle erzielten. Auch Besserung des geistigen Zustandes wurde mehrfach beobachtet. Schädliche Nebenwirkungen traten nicht auf. Von Hochweitzschen werden weniger günstige Erfahrungen mit dem Bromipin berichtet; die Wirkung ist weniger stark, als die der einfachen Bromide, der ölige Geschmack ist den meisten Patienten unangenehm.

Mit Bromeigon, einer Eiweissverbindung mit 11% Bromgehalt, hat Weissenau noch zu spärliche Versuche gemacht, um urtheilen zu können; doch scheint die Wirkung nicht wesentlich verschieden von der der anderen Brompräparate zu sein; der hohe Preis des Mittels steht jedenfalls vorläufig der Verbreitung noch im Wege.

In Wuhlgarten hat man Versuche mit Bromocoll gemacht, das sich als gut wirkendes Brommittel erwies, das Auftreten von Acne aber keineswegs immer verhinderte.

Endlich berichtet Sorau über Versuche mit coniinum hydrobromatum. „Anfangs schien es, als ob bei einigen Kranken ein Erfolg eintrete, allmählich aber stellten sich die Anfälle wieder in der alten Zahl ein, auch wurde das Mittel zum Theil mit Widerwillen genommen, und schliesslich stellten sich auch Verdauungsbeschwerden ein, so dass mit der Darreichung endgültig gebrochen wurde."

Hochweitzschen theilt endlich noch Versuche mit der Richet-Toulouse'schen „metatrophischen" Behandlungsmethode der Epilepsie mit, welche, wie bekannt, auf der Hypothese beruht, dass das Brom im Organismus an Stelle des Chlors treten könne, wenn man durch möglichst salzarme Nahrung dem Körper Salz entziehe. Die noch nicht abgeschlossenen Versuche ergaben bisher, dass die Bromwirkung in der That eine sehr starke, mehr als 4 mal stärkere ist, als bei gewöhnlicher Salzkost, dass aber nach Aussetzen des Broms in mehreren Fällen gleich wieder Gruppen von Anfällen auftraten. Ob durch längere Fortsetzung der Kur dauernder Erfolg zu erzielen ist, bleibt abzuwarten. Wichtig ist, dass diese Behandlungsart sich nur für die Anstaltsbehandlung eignet, da sie unter Umständen nicht unbedenklich ist, ziemlich plötzlich Vergiftungserscheinungen herbeiführen kann und daher beständiger ärztlicher Ueberwachung bedarf.

Bei der Häufigkeit der Tuberculose in den Anstalten ist es begreiflich, dass auch die zahlreichen neuen Tuberculose-Heilmittel gern versucht werden. Doch finde ich nur wenige Mittheilungen darüber. Plagwitz hat einen Fall von Lungenphthise mit Sirolin behandelt, lässt es aber dahingestellt, ob der günstige Ausgang auf Rechnung des Sirolins oder der anderen therapeuthischen Maassnahmen zu setzen ist. Sorau hat bei Darreichung von Thiocoll ausgezeichnete Erfolge gesehen, sichtbaren Stillstand der Tuberculose und erhebliche Zunahme des Körpergewichts. Die Dosis betrug anfangs 2, später 3 g pro die. Nieder-Marsberg endlich erwähnt den frappirenden Erfolg des Ichthoforms bei Darmtuberculose; bei einem schweren Falle, bei dem schon alle andern Mittel vergeblich angewendet worden waren, brachte es in Dosen von 1,0 drei mal täglich in kurzer Zeit völligen Stillstand der Diarrhoeen.

Forensisches.

Die Sachverständigenthätigkeit in Entmündigungssachen wird von den meisten Berichten gar nicht erwähnt, wohl, weil sie etwas selbstverständliches und alltägliches ist. Nur einige Anstalten geben die Zahl der Termine und Gutachten an, und bei einigen, z. B. den sächsischen ist diese auffallend hoch. Das hängt zweifellos mit der Einführung des B. G. B. zusammen; die nächsten Jahre werden schon wieder einen Rückgang bringen.

Auch Ehestreitigkeiten sind seit dem Inkrafttreten des B. G. B. wiederholt zur Begutachtung gelangt. Vorster-Stephansfeld hat ja seine Fälle in dieser Wochenschrift (Bd. 3 No. 51) veröffentlicht. Die Berichte geben nur Zahlen an; genaueres wird nicht mitgetheilt. Die Fälle scheinen fürs Erste noch recht selten zu sein.

Ausführlich wird in den meisten Berichten über die strafrechtlichen Fälle referirt. Sie werden meist einzeln aufgeführt; doch ist die Beschreibung der einzelnen Fälle in der Regel recht summarisch. Und auch unter den genauer beschriebenen sind nur wenige, die aus dem einen oder andern Grunde grösseres Interesse beanspruchen.

Aus Schwetz wird über einen Fall berichtet, wo der Thäter wegen Geisteskrankheit freigesprochen wurde, und nun auch sein Sohn, der wegen Beihülfe angeschuldigt war, freigesprochen werden musste, obgleich seine Schuld erwiesen war; denn da bei Geisteskrankheit des Thäters nach § 51 „eine strafbare Handlung nicht vorhanden" ist, so ist auch keine Beihülfe möglich. An der juristischen Richtigkeit dieser Auffassung wird wohl kein Zweifel sein, wenn sie auch dem Laien etwas gekünstelt erscheint. Auf ihre bedenklichen practischen Consequenzen ist ja vor kurzem in dieser Zeitschrift (Bd. IV No. 3) hingewiesen worden.

Leubus berichtet über einen pathologischen Rauschzustand, in dem ein Mord begangen worden war. Den Zeugen war der Mann nur in geringem Grade angetrunken, nicht sinnlos betrunken erschienen. Das Gutachten führt aus, dass auf der Basis einer minderwerthigen Constitution unter dem Einfluss der Alkoholwirkung ein veränderter Bewusstseinszustand entstanden war, der die Bedingungen des § 51 erfüllt. — Ferner wird von Leubus ein Schwachsinniger beschrieben, der nach § 176, 3 in Anklage stand, „dessen Zurechnungsfähigkeit als eine dauernd geminderte bezeichnet werden müsste, wenn ein solcher Begriff im deutschen Strafrecht Geltung hätte". Hoffentlich befasst sich Hoche's statistisches Bureau auch mit dieser Frage.

Schleswig beschreibt einen Pseudoquärulanten. Ein Kaufmann gerieth in Zahlungsschwierigkeiten, es kam zur Zwangsveräusserung seines Besitzes; sein grösster Feind wurde zum Zwangsverwalter ernannt und erwarb sein Grundstück zu einem billigen Preise. Eine Beschwerde ans Amtsgericht wurde abgewiesen, alle Eingaben, bis zum Justizminister hinauf, blieben ohne Erfolg. Er schrieb eine Brochure, welche für den Amtsrichter beleidigend war; dieser erhob Klage. Es entstanden Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, weil er in früheren Jahren einmal eine traumatische Psychose durchgemacht hatte. Er wurde nicht für geisteskrank gehalten.

Ein weiterer Fall aus Schleswig ist bemerkenswerth, wo ein Gefangenenaufseher wegen unzüchtiger Handlungen mit weiblichen Gefangenen zu Gefängniss verurtheilt worden war und hier nach kurzer Zeit einen Tobsuchtsanfall bekam. Die Beobachtung ergab eine vorgeschrittene Dementia paralytica.

Der Münchener Bericht beschreibt einen Fall, in dem der Angeklagte, entgegen dem ärztlichen Gutachten, verurtheilt wurde. Ein 22jähriger Knecht hatte aus ganz kindischen Motiven ein Anwesen in Brand gesteckt. Der Gerichtsarzt erkannte ihn als „zweifellos geistesschwach" und beantragte Beobachtung in der Anstalt. Das Anstaltsgutachten bezeichnete ihn als Idioten und unzurechnungsfähig. Der Staatsanwalt beantragte angesichts des Gutachtens und der zu erwartenden Freisprechung Aufhebung des Haftbefehls, um der Justizkasse Kosten zu ersparen, und überwies ihn der Polizeidirection, welche ihn wieder in der Anstalt unterbrachte. Dennoch wurde er vom Schwurgericht in 2 Instanzen für schuldig erklärt und verurtheilt!

Wenn München hieran die Bemerkung anschliesst, dass die Kreisirrenanstalten gar kein Interesse daran hätten, Beobachtungsgefangene aufzunehmen, und die Begutachtung solcher bereitwilligst einer staatlichen Beobachtungsstation unter Oberaufsicht der Justizbehörden überlassen würden, so wird dem wohl nicht von allen Seiten zugestimmt werden. Die meisten Anstalten haben Beobachtungsfälle ganz gern, weil sie doch immer etwas Abwechslung in die einförmige Thätigkeit bringen und häufig zur Anschneidung interessanter Fragen Veranlassung geben. Durch den gewiss berechtigten Aerger über einen einzelnen Misserfolg wird man sich doch nicht gleich zu so weit gehenden Consequenzen hinreissen lassen.

In der Friedmatt ist eine Frau begutachtet worden, die etwa seit ihrem 25. Jahre ein Leben geführt hatte, das „eine ununterbrochene Kette von Lüge, Gaukelei, Betrug, Fälschung und Schwindel in staunenswerther, nur durch eine ungewöhnliche Phantasiestärke erklärbarer Abwechslung" bildete. Sie war schon früher in einer Anstalt beobachtet und für zurechnungsfähig erklärt worden. Jetzt hatte sie sich unter falschem Namen in ein Dienstbotenasyl aufnehmen lassen, hatte durch gefälschte Eintragung in ein Sparkassenbuch 1000 Fr. erschwindelt, war unter Mitnahme eines fremden Heimathsscheines verschwunden, mit dem sie dann anderswo in Dienst trat; das führte zu ihrer Verhaftung. Man vermuthete in ihr eine berüchtigte Gaunerin andern Namens; sie gab zu, diese zu sein und spielte eine Zeit lang deren Rolle mit grossem Geschick; noch einmal wechselte sie ihren Namen und gab schliesslich schriftlich den richtigen an unter Hinzufügung einer phantastisch erlogenen Lebensgeschichte. In der Anstalt bot sie nicht viel: ihre Intelligenz erwies sich als recht mässig; die Neigung zum Lügen trat beständig in recht auffälliger Weise hervor, sie log bei ganz gleichgültigen Dingen in sinnlosester Weise; die Stimmung war unregelmässig wechselnd, bald war sie ganz heiter, bald unzugänglich, mitunter auch äusserst reizbar; ihr Gefühlsleben erwies sich als äusserst primitiv. — Ueber ihre Handlungsweise äusserte sie: „Ich weiss selber nicht, was mich dazu antreibt, und wenn ich in dieser Minute nichts davon weiss, in der nächsten Minute führe ich's aus." Ein andermal hatte sie angegeben, dass sie seit der Lectüre eines spiritistischen Romans „von ihrer Phantasie dahin beherrscht werde, dass sie sich in andere Personen hineindenken und deren erdachte Handlungen und Schicksale selbst durchleben müsse". Ob es richtig war, diese Kranke für zurechnungsfähig zu erklären, darf man wohl bezweifeln.

Erwähnenswerth scheint mir zu sein, dass unter den zur Beobachtung Aufgenommenen bei weitem die meisten wirklich geisteskrank waren und auch der grossen Mehrzahl nach der Beurtheilung keine

Schwierigkeiten boten. Wenn in Hildesheim unter 9 Beobachteten 5 nicht geisteskrank waren, so ist das eine sehr vereinzelte Ausnahme.

Hinsichtlich der Form der Störung überwiegen unter den Beobachteten bei weitem die Epilepsie, die Imbecillität und der Alkoholismus; andere Formen sind nur in einzelnen Exemplaren vertreten. Als besonders verhängnissvoll erscheint dabei die Verbindung des Alkoholismus mit einer der beiden erst genannten Formen, und vor allem findet wieder die alte Erfahrung ihre Bestätigung, dass die Epileptiker unter dem Einfluss des Alkoholgenusses zu gemeingefährlichen Handlungen disponirt sind.

Dass die Anstalten auch ausser den zur Beobachtung Eingelieferten noch geisteskranke Verbrecher in grosser Zahl beherbergen müssen, ist eine alte Noth, die den Berichten zu vielfachen Klagen Anlass giebt. Die meisten geben unter ihren statistischen Mittheilungen auch die Zahl der mit dem Strafgesetz in Conflikt gekommenen in Procenten der Aufnahmeziffer an. Da die Zahlen der einzelnen Berichte auffallend verschieden sind, und irgend welche gesetzmässigen Ursachen für diese Verschiedenheit nicht ersichtlich sind, so möchte ich auf die Anführung von Zahlenbeispielen lieber verzichten. Es liegt ja auch hierin wieder soviel subjectives; der eine zählt nur die wirklichen Verbrechen, während der andere jedes kleine Vergehen mitzählt.

Die Unzuträglichkeiten, welche das Zusammensein der Verbrecher mit den andern Kranken im Gefolge hat, finden in den Berichten mannigfachen Ausdruck. Nur wenige Stimmen möchte ich noch hier citiren. Herzberge sieht sich zur Vergrösserung seines Ueberwachungshauses genöthigt, weil nach dessen Ueberfüllung die Verbrecher im Aufnahmehause untergebracht werden mussten, wo sich dann zur Aufrechterhaltung der Ordnung eine Vermehrung des Personals als nothwendig erwies. Frankfurt schildert eingehend die Schwierigkeit ihrer Unterbringung: wollte man sie immer isoliren, so hätten sie es schlimmer als im Gefängniss; hält man sie alle auf der unruhigen Abtheilung, so komplottiren sie und beeinflussen andere erregte Elemente ungünstig; es bleibt nichts übrig, als sie zu trennen, sie auf verschiedenen Abtheilungen unterzubringen und sie nach Möglichkeit auch zu beschäftigen; aber dann wissen sie immer wieder Gelegenheit zum Entweichen zu finden.

In Salzburg machte ein solcher Kranker einen Mordplan gegen den Director und den Abtheilungsarzt, und überfiel hinterrücks den Oberpfleger; der Bericht betont besonders die demoralisirende Wirkung auf das Pflegepersonal, welchem es schwer fällt, in solchen Leuten Kranke zu sehen, und das ausserdem durch die Gefahren, welchen es durch deren tückische Angriffe ausgesetzt ist, sich leicht zu Rohheiten hinreissen lässt. Rybnik klagte besonders über die Verbrecher, welche aus der Irrenstation der Strafanstalt nach Aussetzen des Strafvollzugs in die Anstalt kommen. Sie wurden dort, um sie bei guter Laune zu erhalten, sehr verwöhnt und stellen nun in der Anstalt die unverschämtesten Ansprüche; und solche Leute wieder los zu werden, machte die grössten Schwierigkeiten. Allein wegen dieser Elemente hält Rybnik die Vermehrung des Personals für nothwendig.

Die Frage der Unterbringung der irren Verbrecher ist ja im Rollen, aber von ihrer Lösung sind wir noch recht weit entfernt.

Ueber Wandschmuck in Irrenanstalten.

Die Zeiten sind vorüber, in denen man es für ausreichend hielt, unsere Kranken in kahlen, schmucklosen Räumen unterzubringen. Längst strebt man danach, durch wohnliche Ausstattung der Räume ihnen den Aufenthalt angenehmer zu machen; und durch bequeme Möblirung, Ausstattung mit Gardinen und Teppichen u. dgl. m. kann man ja ohne grosse Kosten vieles erreichen.

Recht kümmerlich ist es dagegen noch mit dem Bilderschmuck der Wände unserer Abtheilungen bestellt. Kein Wunder auch; denn gute Bilder kosten viel Geld, was wir nicht haben; und was man für billiges Geld gemeinhin bekommen kann, taugt nichts. Dementsprechend sind denn auch die Bilder, die man meist in den Anstalten findet: minderwerthige Lichtdrucke, Oeldrucke schlimmster Art, das relativ beste sind noch lithographische Reproductionen berühmter Gemälde oder hier und da einmal ein einsamer Kupferstich.

Sicher haben diesen Missstand auch schon andere empfunden, und manchen Collegen wird es daher interessiren, zu erfahren, dass es einige neuere Unternehmungen giebt, welche es sich zum Ziel gesetzt haben, künstlerisch gute Bilder in guter Ausführung zu möglichst billigem Preise im Volke zu verbreiten, und dass die zu diesem Zwecke geschaffenen Blätter auch für unsere Räume recht geeignet sind.

Schon seit einer Reihe von Jahren erscheinen bei

Breitkopf & Härtel in Leipzig Serien von „Zeitgenössischen Kunstblättern“, zumeist Facsimile-Reproductionen nach Lithographien und Radierungen moderner Meister. Die Grösse der Blätter (50 : 40 cm) ist der Grösse vieler unserer Räume gerade angemessen, der Preis (2 Mk. pro Blatt) erschwinglich. Die Auswahl ist vortrefflich, gerade für unseren Zweck. Die überwiegende Mehrzahl der Blätter ist Hans Thoma gewidmet, also rechte deutsche Volkskunst. Wer freilich durch die immer noch weit verbreitete Bewunderung der italienischen Renaissance seinen Geschmack exclusiv auf diese eingestellt hat, wird Mühe haben, Hans Thoma zu geniessen; vor allem mit Theorien, mit ästhetischen Postulaten darf man ihm nicht gegenübertreten; Thoma'sche Kunst kann nur empfunden werden, es gehört ein unverfälscht deutsches Gemüth dazu, ihn in seiner ganzen Tiefe zu würdigen; wer sich ein solches bewahrt hat, wird an Blättern wie der „Märchenerzählerin“, dem „Bauern“, dem „Geiger“, um nur einige wenige zu nennen, immer wieder seine Freude haben; und gerade das einfache Volk, dem nicht durch Aesthetik und Gemäldegallerien ein einseitiger Geschmack anerzogen ist, pflegt solche Kunst am freudigsten aufzunehmen. — Die Blätter von Max Klinger, Sascha Schneider, Hans v. Marées, werden, so schön sie sind, unser Publikum doch weniger ansprechen, dagegen dürfte Volkmann wieder geeigneter sein, und vor allem Steinhausen, dessen „Gastmahl“ allerdings grösser und theurer ist, wie die andern Blätter, dafür aber auch in ganz grossen Räumen zur Geltung kommen kann.

Ferner möchte ich auf die Publikationen des „Kunstwart“ (Georg D. W. Callwey in München) hinweisen, welcher unter der Bezeichnung „Meisterbilder“ recht gute Reproduktionen von Kunstwerken aller Zeiten und Völker bringt, zu dem fabelhaften Preise von 25 Pfg. pro Blatt. Da es sich dabei durchweg um Bilder von allgemein anerkannten Künstlern handelt, bedarf es keines näheren Eingehens; die Auswahl ist so reichhaltig und wird so schnell vermehrt, (neuerdings ist z. B. eine ganze Schwind-Mappe erschienen) dass jeder sich das ihm zusagende auswählen kann. Ein Nachtheil dieser „Meisterbilder“ ist ihr kleines Format, welches sie als Wandschmuck nur in ganz kleinen Räumen verwenden lässt. Doch werden die besten unter der Bezeichnung „Vorzugsdrucke“ neuerdings in bedeutend grösserem Format herausgegeben, zu dem immer noch recht geringen Preise von 1 Mk.

Ein ganz vortrefflicher Wandschmuck, besonders auch für ganz grosse Räume, sind die farbigen Künstler-Lithographien, die seit kurzer Zeit im Verlage der Firmen B. G. Teubner und R. Voigtlaender in Leipzig erscheinen. Die erste Anregung zu diesem Unternehmen gab wohl der Dresdener Kunsterziehungstag (1901), welcher für die Schule einen wirklich künstlerischen Wandschmuck verlangte. Aber nicht allein für die Schule sind diese Blätter bestimmt, sondern vor allem bezwecken sie, auch dem weniger Bemittelten die Möglichkeit zu schaffen, sein Heim mit wirklich guten Kunstwerken zu schmücken. Denn dadurch unterscheidet sich eben dieses Unternehmen von allen ähnlichen, dass es sich nicht um Reproductionen irgend welcher, in anderer Technik geschaffenen Originalien handelt, sondern dass diese Blätter selbst Originale sind; es sind eigenhändige Steinzeichnungen lebender Künstler, als selbständige Werke ursprünglich in dieser Technik gedacht, nicht aus einer andern übersetzt. Durchweg stehen die Blätter, soweit ich sie wenigstens kenne, auf einem recht hohen künstlerischen Niveau, wofür ja auch Namen wie Kaltmorgen, Kampmann, Volkmann, Fikentscher u. A. bürgen. Die Gegenstände der meisten Blätter sind landschaftliche Darstellungen, und zwar trotz (oder vielleicht gerade wegen) der ungesuchten Einfachheit der Schilderung durchweg von so intimem Reiz und tiefem Stimmungsgehalt, dass sich wohl kein empfängliches Gemüth ihrer Wirkung entziehen kann. Die Grösse der Blätter (theils 100 : 70 cm, theils 75 : 55 cm) lässt sie auch in ganz grossen Räumen zur Geltung kommen, schliesst aber andererseits ihre Verwendung in kleineren Räumen keineswegs aus. — Unter solchen Umständen ist der Preis von 3—6 Mk. pro Blatt gewiss gering. Zudem haben die Unternehmer eine „Vereinigung für Künstlersteinzeichnungen“ gegründet, für deren Mitglieder sich der Preis auf $^3/_4$ des genannten ermässigt; der Beitritt verpflichtet nur auf 2 Jahre, sodass also auch für Anstalten, welche nur eine geringe Anzahl von Blättern erwerben wollen, der Beitritt vortheilhaft ist.

Aus einer Zeitungsnotiz sehe ich, dass auch die Firma Fischer & Franke in Berlin neuerdings Künstler-Lithographien herausgiebt, und zwar zu noch weit billigerem Preise. Gesehen habe ich keins ihrer Blätter, weiss also nicht, ob sie sich für unsern Zweck eignen.

Ob es noch andere ähnliche Unternehmungen giebt, weiss ich nicht. Von den Genannten habe ich zufällig Kenntniss bekommen, und glaube getrost versichern zu können, dass jede Anstaltsdirection, die es mit ihnen versucht, zufrieden sein wird.

Ein Wort noch über das Einrahmen. Breitkopf & Härtel lassen für die Thomablätter Rahmen in Brandmalerei herstellen. Für Anstalten sind diese nicht zu empfehlen, weil sie zu theuer sind. Glatte Holzrahmen, die jede Anstalt in ihrer Schreinerei

selbst anfertigen kann (bei uns geschieht dies seit Jahren mit bestem Erfolg) thun denselben Dienst. — Die vom Kunstwart angebotenen Rahmen zu den „Meisterbildern“ sind dagegen recht billig und können also zur Anschaffung wohl in Betracht kommen. — Endlich bei den Künstler-Steinzeichnungen wird man die Anschaffung der Originalrahmenleisten, welche ebenfalls recht billig sind, deshalb anrathen müssen, weil es sich um farbige Bilder handelt, und demnach der Farbenton des Rahmens passend gewählt sein muss, was nach unseren Erfahrungen der Verlag mit gutem Geschmack besorgt.

Mittheilungen.

— **Vermehrung der Berliner Irrenanstalten.** Im Auftrage der Deputation für die städtische Irrenpflege hat der Direktor der Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg, Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Moeli, einen interessanten Bericht erstattet, in welchem auf Grund der amtlichen Statistik nachgewiesen wird, dass die Zahl der von der Stadtgemeinde zu verpflegenden Geisteskranken in erschreckendem Maasse zunimmt und dass schon nach wenigen Jahren die neue dritte Anstalt in Buch sich als ungenügend herausstellen wird. Dabei ist auf das Wachsthum der Stadt, Eingemeindungen etc. keine Rücksicht genommen. Die Anstalt Buch bietet 1500 Plätze; nach ihrer Belegung schon würden noch ca. 7—800 Kranke zu versorgen bleiben. Da etwa 5—6 Jahre zur Fertigstellung einer Irrenanstalt erforderlich sind, plädirt Geheimrath Dr. Moeli dafür, den Bau einer vierten Anstalt so schnell wie möglich einzuleiten; denn schreite die Zunahme der Geisteskranken nur gleichmässig, wie bisher, fort, dann könnten im Jahre 1909, mit Eröffnung der vierten Anstalt, wahrscheinlich auch noch nicht alle Patienten in eigenen Anstalten untergebracht werden. **Eine solche Versorgung wäre aber zweifellos in jeder Hinsicht dem jetzigen Zustande vorzuziehen und müsse als Aufgabe der Stadt ins Auge gefasst werden.** Zu erwägen bliebe dabei noch, ob man mit einer Erweiterung der Anstalt für Epileptische, „Wuhlgarten“, über die nächsten Jahre hinaus auskommen werde. Wäre dies nicht der Fall, so müsste eine zweite Anstalt für Epileptiker allein oder eine gemischte Anstalt für Epileptiker und Geisteskranke hergestellt werden. Die Lösung dieser Vorfragen könne indess nicht bis zum Jahre 1909 verschoben werden: um eine regelmässige und zweckdienliche Entwicklung der Fürsorge für Geisteskranke zu gewährleisten, müsse man die Besprechung und Klärung dieser für den Bau der fünften Anstalt wichtigen Verhältnisse eben so schnell zu erledigen suchen, wie man den Beginn des Neubaues der vierten Anstalt einzuleiten gezwungen sei. Voraussichtlich werde man vor Fertigstellung der vierten Anstalt den Bau der fünften zu beginnen haben. Nur so könne es gelingen, die Folgen des Uebelstandes, dass erst nach zwölf Jahren (1893 bis 1905) in Folge ungünstiger, äusserer Verhältnisse die Stadt eine wesentliche Erweiterung in ihrer Fürsorge für Geisteskranke hat erfahren können, auszugleichen. Sein Urtheil fasst Geheimrath Dr. Moeli dahin zusammen: „Zur Sicherung einer Fortentwicklung der zweckmässigen Fürsorge für Geisteskranke ist der Bau einer vierten Anstalt möglichst bald in Angriff zu nehmen. Bis zum Jahre 1904 ist eine endgültige Entscheidung darüber herbeizuführen, ob eine neue, grosse Idioten-Anstalt erbaut wird und wie sich die Fürsorge für Epileptische weiter entwickeln soll. Auf Grund dieser Entscheidung ist alsdann eine Entschliessung bezüglich des Baues der fünften Anstalt für Geisteskranke zu treffen.“

— **Wien.** Behandlung geisteskranker Häftlinge. Eine an sämmtliche Gerichte und Staatsanwaltschaften gerichtete Verordnung des Justizministeriums stellt zur Beseitigung der zu Tage getretenen Unzukömmlichkeiten bei der Behandlung geisteskranker Häftlinge eine Reihe von Grundsätzen für das bezügliche Verfahren auf, denen wir Nachstehendes entnehmen: Zunächst hat das Gericht, bei dem sich der Beschuldigte in Haft befindet, zu erwägen, ob es die Feststellung des Geisteszustandes vornehmen kann. Ist dies nicht der Fall, so wird die Ueberstellung des einer Geisteskrankheit Verdächtigen an jenem Gerichtshof zu erfolgen haben, bei welchem die erforderlichen Bedingungen zur Untersuchung des Geisteszustandes gegeben sind. Im Verfahren wegen Verbrechen oder Vergehen wird es nur ausnahmsweise vorkommen, dass ein Verhafteter, bei welchem der Verdacht einer Geisteskrankheit besteht, bei dem Bezirksgerichte, dem er eingeliefert wurde, belassen wird, denn die Delegirung des Bezirksgerichtes seitens der Rathskammer wird nur dann erfolgen, wenn Zweckmässigkeitsgründe dafür sprechen. Solche liegen aber gewiss nicht vor, wenn die Voraussetzungen einer sachgemässen Geisteszustandserhebung nicht vorhanden sind. Andererseits giebt die Strafprozessordnung die Möglichkeit, wenn der dem zuständigen Gerichtshofe selbst die Erhebung des Geisteszustandes auf Schwierigkeiten stösst, um deren Vornahme einen anderen Gerichtshof zu ersuchen. Zu diesem Behufe wird es sich empfehlen, die für solche Erhebungen geeigneten Gerichtshöfe von vornherein zu bezeichnen. Im Uebertretungsverfahren ermöglichen die einfacheren Formen dieses Verfahrens, dass in der Regel die Feststellung des Geisteszustandes bei dem zuständigen Bezirksgerichte selbst vorgenommen wird. Die Abgabe an eine Irrenanstalt zum Zwecke der Erhebung des Geisteszustandes eines Untersuchungsgefangenen ist nicht vorgesehen. Die bestehenden Irrenanstalten eignen sich auch nach ihrer ganzen Organisation nicht

zur Aufnahme von Gefangenen. Diese Maassregel wird daher nur dann zulässig erscheinen, wenn geradezu zwingende Erwägungen, insbesondere die Art der Geisteskrankheit und die Unmöglichkeit einer zweckentsprechenden Verwahrung und Behandlung im Gefängniss einen anderen Weg verschliessen. Die Oberlandesgerichtspräsidien werden demnach angewiesen, den Bedürfnissen und Verhältnissen ihres Sprengels entsprechende Verfügungen im Sinne der entwickelten Grundsätze zu treffen, insbesondere auch in der Richtung, dass nach Maassgabe des Bedürfnisses bei bestimmten Gerichtshöfen auch die sachgemässe Verwahrung besonders zu behandelnder, wegen Gefährlichkeit zu isolirender Geisteskranker möglich wird. Andererseits wird es Aufgabe der Staatsanwaltschaften sein, schon bei der Antragstellung auf diese Regelung Rücksicht zu nehmen. Was den Vorgang anlangt, welcher nach Einstellung des Verfahrens oder Freisprechung in Folge erwiesener Geisteskrankheit zu beobachten ist, so obliegt die Anordnung der Abgabe in eine Irrenanstalt in Folge Gemeingefährlichkeit oder aus anderen Gründen nicht den Strafgerichten, sondern den Verwaltungsbehörden. Es ist daher in solchen Fällen mit der zuständigen Verwaltungsbehörde (Gemeinde, Magistrat u. s. w.) unter Anschluss einer Abschrift des Gutachtens das Einvernehmen zu pflegen und die Ueberstellung der Geisteskranken an diese Behörde zu veranlassen. Gleichzeitig ist jedoch auch die zuständige Kuratelsbehörde unter Anschluss der Acten oder, im Falle diese nicht entbehrt werden können, einer Abschrift des Gutachtens zu verständigen.

Referate.

— Fr. Scholz. Die verschiedenen Methoden in der Behandlung Geisteskranker. Eine kritisch-historische Skizze. München 1901. Seitz & Schauer. 32 S.

Ein kurzer, anschaulicher, durch die Mittheilung eigener Erlebnisse und Erfahrungen belebter Bericht über die Entwicklung der Irrenheilkunde, in deren Geschichte Verf. 4 Perioden unterscheidet; jede hat ihren besonderen von der vorhergehenden verschiedenen Charakter, wobei gewisse Bestandtheile als sicherer Besitzstand durch alle Zeiten bis heute sich erhalten haben. Diese 4 Perioden sind 1. die Periode des psychischen Zwangs, die vor allem der dualistischen Weltanschauung ihr Dasein verdankte; 2. die Periode des mechanischen Zwangs, bei deren Schilderung auch die freieren Behandlungsformen (Colonie, Familienpflege) kurz besprochen werden; 3. die Periode des chemischen Zwangs, die man auch die Periode der Isolirungen nennen könnte; und schliesslich 4. die am ausführlichsten behandelte jetzige Methode der physikalisch-diätetischen Behandlung.

Ernst Schultze.

— Wehmer, R. Die neuen Medicinalgesetze Preussens. Unter Berücksichtigung der neuen Reichsgesetze, der neuen von Verwaltungsbehörden erlassenen Bestimmungen und der gerichtlichen sowie verwaltungsgerichtlichen Judikatur. Berlin 1902. Aug. Hirschwald. 557 S.

Wer Wernich's „Zusammenstellung der gültigen Medicinalgesetze Preussens, mit besonderer Rücksicht auf die Reichsgesetzgebung" oder den „kleinen Wernich", wie er vielfach kurz genannt wurde, kennt, der weiss auch seine Brauchbarkeit zu schätzen und wird gewiss ebenso wie Referent bedauert haben, dass nach der 3. Ausgabe keine neue Auflage mehr erschienen ist. Dieses Bedürfniss machte sich um so fühlbarer, als wir über eine geringe Thätigkeit hinsichtlich der Medicinalgesetzgebung in der Zwischenzeit wahrlich nicht zu klagen haben.

Es besteht hier also zweifellos eine Lücke. Diese füllt V. mit dem zu besprechenden Buche aufs beste aus. Bei der grossen Verbreitung des Wernich sah V. von einer vollständig neuen Auflage ab, zumal man den Einfluss der Medicinalreform im Voraus nicht zu übersehen vermag. Somit ist V.'s Buch eine Fortführung von Wernich und setzt diesen in seinem Gebrauche vielfach voraus. Ob dieser Standpunkt des V. allgemein gebilligt werden wird, möchte Ref. einstweilen sehr bezweifeln.

Die Zusammenstellung ist in erster Linie für den Medicinal-Beamten bestimmt, doch wird sie auch dem Irrenarzt schätzenswerthe Dienste leisten, nicht nur hinsichtlich der rein psychiatrischen Angelegenheiten, sondern auch in anderen Fragen, deren Erledigung er sich nicht entziehen kann (Verfahren bei gemeingefährlichen Krankheiten, Atteste, Steuerverhältnisse, Gebühren etc.). Ref. hat wenigstens den Wernich früher oft, viel und stets mit Erfolg zu Rathe gezogen; und da die gleiche Eintheilung hier beibehalten ist, so wird das von Wernich Gesagte auch bei Wehmer zutreffen dürfen. Dafür sprechen auch die bisherigen Erfahrungen des Ref. mit dem zu besprechenden Buche.

Die Fassung der Anmerkung zu § 649 Z. P. O. würde, um dieses hier zu erwähnen, besser auf den Wortlaut des B. G. B. Bezug nehmen. Auf Seite 56 hat sich ein sinnentstellender Druckfehler eingeschlichen in der Anmerkung des Herausgebers zu § 6 B. G. B.; denn es soll doch offenbar heissen, der Geistesschwache sei nicht in der Erwerbsfähigkeit, sondern in der Geschäftsfähigkeit beschränkt. §§ 1333, 1334, 1906 u. A. verdienten wegen ihrer Bedeutung für den ärztlichen Sachverständigen auch abgedruckt zu werden, wie denn überhaupt die sicherlich schwer zu treffende Auswahl etwas zu knapp sein dürfte.

Doch das sind kleine, unwesentliche Ausstellungen, deren Beseitigung Berücksichtigung verdient. Um so weniger wird es an Gelegenheit dazu fehlen, als die Nachfrage nach einem derartigen Buche wie dem vorliegenden gross ist und als eine fast bedenklich zu nennende Schaffensfreudigkeit in der Gesetzgebung herrscht. Umfasst doch Wehmer mit seinen 557 Seiten nur die Zeit von 1893 bis November 1901! enthält doch die recht brauchbare Zeittafel des gleichen Zeitraums über 450 Gesetze, Erlasse, Verordnungen und Erkenntnisse! Da ist es denn auch nicht sonderbar, wenn schon zum vorliegenden Buche ein 8 Blätter

grosser Nachtrag erscheint, welcher die während der Drucklegung erlassenen Verordnungen enthält.

Ernst Schultze.

— Panse, Schwindel. Sonderabdruck aus der Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XL. I. Wiesbaden 1902. Bergmann. 66 Seiten.

Lesenswerthe Schrift für jeden, der sich genauer über das so häufig vorkommende Symptom des Schwindels orientiren will. Ausgehend von der Thatsache, dass unser Urtheil über unsere Beziehungen zum Raum durch 3 verschiedene Sinnesbahnen gebildet wird (die Augen, das Gleichgewichtsorgan im Labyrinth des Ohrs, die kinästhetischen Gefühle), werden ausfürlich die Anatomie der 3 Bahnen geschildert, zahlreiche experimentelle Untersuchungen erwähnt, die Wichtigkeit des Cerebellum betont, die verschiedenen Arten und die Entstehung des Schwindels erwähnt, die beiden einzigen, objektiven Zeichen des Schwindels hervorgehoben, Taumeln und Nystagmus, die eventuell künstlich hervorgerufen werden können.

Zum Schluss giebt Verf. diagnostische Anhaltspunkte in Betreff des Sitzes des Schwindels und kommt zu dem Ergebniss, dass ein Reiz eine gewisse Stärke haben muss, wenn er von einer der 3 Sinnesbahnen aus zu Schwindel führen soll, dass schwächere Reize an 2 verschiedenen Sinnesbahnen sich zu demselben Enderfolge verbinden können und ferner, dass bei Ausfall zweier Sinnesbahnen schon die gewohnten Haltungen und Lageveränderungen hinreichen, um Schwindel auftreten zu lassen.

Arnemann, Gross-Schweidnitz.

— Thudichum: Die chemische Konstitution des Gehirns des Menschen und der Thiere. Tübingen, F. Pietzcker, 1901. XII und 339 S. 10 Mk.

In dem starken Band steht eine riesige Fülle von Détailarbeit. Am wichtigsten vielleicht ist in der einleitenden historisch-kritischen Übersicht der Nachweis, dass die bisherigen chemischen Untersuchungen der Hirnmaterie mit vielen Mängeln behaftet sind. Nach einer Darstellung der Isolirungsmethode werden die Phosphatide, dann die N-haltigen und P-freien Edukte, weiterhin Alkohole, Karbohydrate und Säuren, darauf die eiweissartigen Stoffe und schliesslich die anorganischen Bestandteile abgehandelt. Wie weit die chemische Einzelarbeit zuverlässig ist, entzieht sich der Beurtheilung des Nichtchemikers; die Fachgenossen des Autors stehen ihm skeptisch gegenüber. Jedenfalls kann auch nur von den Anfängen eines Brückenschlagens zu den psychischen Vorgängen nicht die Rede sein. Die psychopathologischen Anschauungen des Verfassers sind auch gar nicht dazu angethan; er spricht z. B. von der Häufigkeit, mit der chronische Leberleiden in Geistesstörungen übergehen, ferner davon, dass sich Paralyse mit dem „sogenannten Grössenwahnsinn" manifestire u. dgl. m. Dringend zu warnen ist vor der verhängnissvollen Sucht, bei der Wahl der chemischen Nomenklatur so zu thun, als ob über die Beziehungen eines der Stoffe zu psychischen Vorgängen auch nur das Geringste ausgesagt werden könnte. Geradezu abenteuerlich klingt es, wenn der Verfasser zu dem früher schon aufgestellten Phrenosin nun noch ein Psychosin und Aesthesin hinzu erfindet.

Weygandt-Würzburg.

— Nonne: Syphilis und Nervensystem. Berlin, 1902. S. Karger. XIV und 458 S.

Trotzdem an monographischen Behandlungen dieses oder nah verwandter Themata kein Mangel ist, bietet das Buch doch einen so selbstständigen, werthvollen Inhalt, dass es von jedem, den eine Détailarbeit auf jenes Gebiet führt, eingehend zur Hand genommen werden muss. Zugleich aber ist die Anordnung in 17 Vorlesungen so glücklich gewählt und die Darstellung so lebendig, dass auch zur Einführung in jene wichtigen Fragen kein besserer Wegweiser gefunden werden kann.

Nach einer pathologisch-anatomischen Schilderung werden die Bilder der arteriitischen Form, der Konvexitätsmeningitis und der syphilitischen Hirnbasiserkrankungen entworfen. Die Erörterungen über Psychosen und Neurosen bei Syphilitikern führen zu dem Schluss, dass es eine spezifisch syphilitische Psychose, die aus dem klinisch-psychiatrischen Bild allein zu diagnostiziren wäre, nicht giebt. Vielleicht hätten die Beziehungen der Paralyse zur Lues zweckmässiger ihre Besprechung im Anschluss an die Tabes-Syphilislehre gefunden, die in der 13. Vorlesung, nach Abhandlung der Rückenmarkssyphilis, eingehend dargestellt wird. N. bekennt sich zur Lehre von Fournier und Erb, sieht in der Syphilis das wichtigste ätiologische Moment der Tabes, giebt aber zu, dass wir über Art und Weise des Zusammenhangs nichts sicheres wissen. Strümpell's Theorie eines postsyphilitischen Toxins ist ihm am wahrscheinlichsten, während er nicht so weit wie Möbius gehen möchte, der Lues für die Conditio sine qua non der Tabes hält. Die nächsten Kapitel widmen sich den cerebrospinalen Formen der Syphilis, der der peripheren Nerven und der hereditären Syphilis. Die Therapie findet in der Schlussvorlesung ihre Besprechung. Das ganze Buch steht unter dem Eindruck reichster Erfahrung des Verfassers, wofür besonders die trefflichen Krankengeschichtsbeispiele sprechen. Zugleich aber ist die einschlägige Litteratur mit einer erstaunlichen Vollzähligkeit und Genauigkeit herangezogen. 42 schöne histologische Abbildungen erläutern den Text. Aus dieser kurzen Besprechung ergiebt sich die selbstverständliche Folgerung, dass das Buch bestens empfohlen werden muss.

Weygandt-Würzburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Congress-Nummer.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel** Mons (Belgien).

Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).

Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 22. 30. August. 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zum Antwerpener Congress.

Unser Gruss gilt heute der nach Hunderten zählenden Vereinigung von Menschenfreunden, welche ein hilfreicher Sinn und ein edles Ziel zu gemeinsamem Werk in Antwerpen zusammenführt, unsere Wünsche eben diesem Werke, das zu den erhabensten, aber zugleich schwierigsten gehört, der Arbeit an der kranken Seele.



Ein erhabenes Werk: Freilich sehen die meisten Menschen in der kranken Seele noch immer nur die Carricatur, und die Arbeit an ihr erscheint ihnen geringwerthig. Aber es beginnt schon der Morgen des Tages zu grauen, an dem die Psychiatrie, die Seelenheilkunde und die ärztliche Seelsorge, die Krone der ärztlichen Wissenschaften sein und der Seelenarzt da arbeiten wird, wo heute Mangel an Verständniss oder metaphysisch-theosophische Trugbilder den Leidenden von dem richtigen Weg zur Heilung abhalten, — der Tag, an dem die Sorge für das kranke Gehirn, als das Organ der Seele, eine der ersten Aufgaben des Staates sein wird.

Ein schwieriges Werk: Freilich nicht für diejenigen, welche sich in der Wissenschaft, gegenüber den Irrthümern mit einem senilen „Ignorabimus" zu trösten, in der Praxis, gegenüber Mängeln mit einem bequemen Schweigen Anderen sich bequem zu machen vorziehen.

Es liegt in der Natur der seelischen Störungen, dass der

Schwerpunkt der praktischen Thätigkeit des Seelenarztes, abgesehen von der Heilung, da zu suchen ist, wo es sich um die Freiheit des kranken Individuums handelt, und es ist ein besonderes Verdienst des Congresses, zur gemeinsamen Durchberathung der **Familienpflege**, d. i. einer scheinbar ganz speziellen, aber dennoch für das ganze Irrenwesen bedeutungsvollen Detailfrage, die berufensten Vertreter der letzteren veranlasst zu haben, und ein besonders glücklicher Gedanke, dieselben nach einem Lande zu führen, das uns diesen Zweig der Irrenpflege am glänzendsten entwickelt zeigt. Angesichts der Leistungen der belgischen Familienpflege in Gheel und Lierneux müssen die Ausflüchte, durch die man hier und da, trotz der Gunst örtlicher und socialer Verhältnisse, der Einführung dieses Systems ausweicht, als recht thörichte gelten.



Gheel. Badehaus in einem kleinen Dorfe.



Gheel. Central-Anstalt.

Es möge hier darauf besonders hingewiesen werden, dass die Begünstigung dieses Systems, innerhalb zulässiger Grenzen, dem eigensten Interesse des irrenärztlichen Standes entspricht. Je mehr wir die Unterbringung und Verpflegung der seelisch Kranken nach der freiheitlichen Seite ausbauen, desto mehr entziehen wir dem immer wieder auftauchenden Vorurtheil von der Einsperrung Gesunder ins Irrenhaus den Boden, desto mehr tragen wir zur Verminderung der „Furcht vor dem Irrenhause", d. h. der Furcht vor unserer Arbeitsstätte, bei. Ohne dass wir es merken, wirkt diese „Furcht" auf unser Gemüth wie eine alpartige Depression zurück, unter der wir schon ganz zu empfinden verlernt haben, welche Weihe die Arbeit an der kranken Seele unserem Beruf verleiht, welch' heil'ger Schauer durch die Räume weht, wo Hunderte und Tausende des Augenblickes harren, wenn der Freude schöner Götterfunke noch einmal erwärmend und erleuchtend sich in ihrer Seele niederlasse — leider so oft vergeblich. Möchten doch die Anstalten bald aufhören, zur vorzugsweisen Bewahrung trostloser Seelentrümmer verdammt zu sein, möchten sie wirkliche Zufluchtsorte werden nicht nur für die, welche vom Irrsinn befallen, sondern noch mehr für die, welche von ihm bedroht sind, — Asyle, in denen die gesundheitlich Gefährdeten gegen die genommenen oder erlittenen Schäden ihrer Seele, d. h. ihres Gehirns und ihrer Nerven, vertrauensvoll Rath und Schutz des Arztes suchen. —

Als ein erfreuliches Zeichen betrachten wir die Theilnahme einer so grossen Reihe bewährter und be-

rühmter Juristen an dem Congress; wir dürfen darin einen Beweis erblicken, dass unsere Anregungen und unsere Thätigkeit gerade von denen aufs Beste gewürdigt werden, mit welchen wir unsere Arbeit an den kranken Seelen so oft gemeinsam verrichten und auf deren Urtheil wir so grossen Werth legen. —

So wollen wir hoffen, dass der Antwerpener Congress — der erste seiner Art — für den Fortschritt der Irrenpflege recht reiche Früchte tragen, dass die Besucher der Versammlung insbesondere zur Einführung der Familienpflege in ihrem heimathlichen Wirkungskreis lebhaften Antrieb mitnehmen möchten. Aber für die belgischen Gastgeber wird sicherlich aus den Diskussionen gleichfalls manches Erspriessliche erwachsen. Es ist bekannt, dass gerade in Belgien trotz der Höhe seiner Cultur das Anstaltswesen, der Kern der Irrenfürsorge, — im Gegensatz zu der wohl organisierten Familienpflege — noch sehr viel zu wünschen übrig lässt, dass der grösste Theil der öffentlichen Fürsorge für die Seelenkranken, für die Epileptischen und Idioten privaten Unternehmungen überlassen ist und dass es an staatlichen Normalanstalten für Gehirnkranke noch sehr mangelt, d. h. an Anstalten, die unter der verantwortlichen örtlichen Verwaltung und Leitung eines sachverständigen beamteten Arztes als Directors stehen, die mit ausreichendem Aerzte- und Pflegepersonal versehen und in der Lage sind, den Kranken die Segnungen der Hygiene für Körper und Geist in ungekürztem Masse zu theil werden zu lassen. Der Congress wird Gelegenheit bieten, auch nach dieser Richtung aufklärend und fördernd zu wirken.

Wenn die deutsche, österreichische, schweizerische und ungarische Irrenpflege, dank der verständnissvollen Directive der Regierungen und Verwaltungen, sich fast ausnahmslos solcher Normalanstalten, darunter musterhafter, rühmen darf, so wird man, falls der nächste Congress in einem dieser Länder tagt, in der glücklichen Lage sein, das jetzt in Gheel und Lierneux Gesehene und Gelernte zu vergelten durch gastfreundschaftliche Mittheilung dessen, was jene Anstalten Nachahmenswerthes und Vollkommenes bieten.

Dr. Bresler.

Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling.

(Aus der vom n.-ö. Landesausschusse herausgegebenen Festschrift.)

Wie der beiliegende Lageplan zeigt, liegt die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling an der die Dörfer Oehling und Mauer mit Ulmerfeld verbindenden Bezirksstrasse in der Katastralgemeinde Mauer.

Gerade am Knie dieser Strasse befindet sich der Haupteingang zur Anstalt; derselbe führt zu dem

Directionsgebäude

(Object 21), welches rechts und links von dem mit einer allegorischen Darstellung der Charitas geschmückten Thorflur die Kanzleien der Direction und der Verwaltung, das ärztliche Untersuchungszimmer für ambulatorische Behandlung Auswärtiger, die Apotheke, das Laboratorium und die Telephoncentrale enthält.

Der erste und zweite Stock bergen Wohnungen für Aerzte und Beamte, während sich im Dachgeschosse die weitläufigen Magazine und zu den Wohnungen gehörige Dachbodenräume befinden.

Das Directionsgebäude zeigt, wie alle anderen Baulichkeiten der Anstalt, modernen Stil und trägt ein flaches Holzcementdach; dessen Façade ist theilweise in Verputz, theilweise in Rohziegelbau gehalten. Rechts und links von demselben stehen die

Wohnhäuser für Aerzte

(Objecte 22 und 23), welche die Wohnungen des Directors und Verwalters, verschiedener Aerzte und Beamten und die Commissionszimmer enthalten.

Vom Directionsgebäude aus erstreckt sich die weitere Anlage der Krankenpavillons und Administrationsgebäude von Westen gegen Osten. Zwischen den einzelnen, durch breite Kieswege miteinander verbundenen Baulichkeiten erheben sich hochstämmige Fichten und Föhrengruppen. Im mächtigen Vierecke schliessen sich zunächst an das Directionsgebäude vier langgestreckte

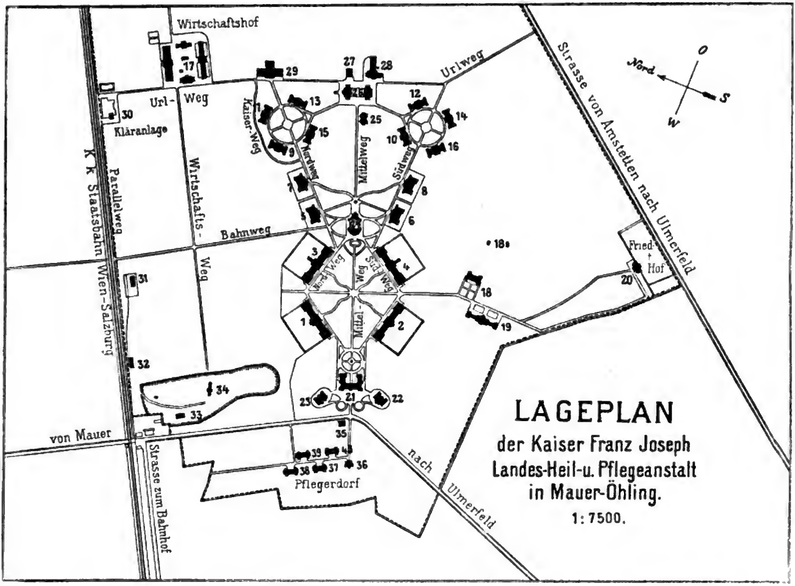
Krankenpavillons

(Objecte 1, 2, 3, 4) für je 100 Kranke, und zwar die nördlichen für Männer, die südlichen für Frauen (wie bei allen folgenden Krankenhäusern).

Diese dienen — und hier beginnt die Individualisirung — zur Unterbringung von streng zu überwachenden Geisteskranken. Sie verfügen über vollkommen ausbruchsichere Localitäten mit eingelassenen Eisenrahmenfenstern und über Einzelzimmer mit

Fenstern aus fast unzerbrechlichem Glase, da sie den ersten Aufenthaltsort der eintreffenden Kranken bilden und demgemäss eine scharfe Ueberwachung und sichere Verwahrung verbürgen müssen. Jeder dieser Pavillons gliedert sich in vier Abtheilungen (zwei im Erdgeschoss und zwei im ersten Stock), deren jede Unterkunftsräume für 25 Kranke enthält, und zwar einen Tagraum, zwei Schlafzimmer, einen Wachsaal, einen Schallgang, in dem sich die aus Terrazzo hergestellten Waschmulden für die Patienten befinden, vier Einzelzimmer und die Aborte. Für je zwei Abtheilungen sind zwischen denselben zum gemeinschaftlichen Gebrauche eingebaut: ein Badezimmer, Spülküche, Putzraum und Pflegerzimmer.

An den beiden Seitenfronten dieser Pavillons führt je eine der Benützung der Pfleglinge streng entzogene Thüre ins Freie; diese Thüren haben den Zweck, den Eintritt neuer Pfleglinge und das Abtragen



Erklärung: 1 bis 16 Krankenhäuser (mit ungeraden Nummern für Männer, mit geraden Nummern für Frauen), und zwar: 1, 2, 3, 4 für je 100 streng zu überwachende Geisteskranke; 5 und 6 für je 50 theilweise zu überwachende Geisteskranke; 7 und 8 für je 50 theilweise zu überwachende Geisteskranke besserer Stände; 9 bis 16 für je 50 beschäftigungsfähige Geisteskranke (Colonie). — 17 Wirthschaftshof: am Urlweg das Wohnhaus, davon nördlich das Gebäude für Rinder- und Pferdestallungen, Remisen, Schlächterei, Wursterei und Molkerei; davon südlich das Gebäude für die Schweinestallungen und östlich Brückenwage, Hühnerstall und Wagenschuppen. — 18 Infectionskrankenhaus mit zugehöriger Desinfectionssenkgrube 18 a. — 19 Lazareth. — 20 Leichenhaus und Anstaltsfriedhof. — 21 Directionsgebäude: im Erdgeschoss Amtsräume, in den anderen Geschossen Wohnungen und Magazine. — 22, 23 Wohnhäuser für Aerzte und Beamte. — 24 Kapelle und Gesellschaftshaus. — 25 Wohnhaus der Ordensschwestern. — 26 Küche, Wäscherei, Backerei etc. — 27 Eishaus und Fleischausgabe. — 28 Kesselhaus, Desinfectionsanlage und Bäder. — 29 Werkstättenhaus. — 30 Kläranlage zur Reinigung der Fäcal- und Abwässer. — 31 Kohlenhof. — 32 Frachtenmagazin. — 33 Wohnhaus des Gärtners. — 34 Gewächshaus. — 35 k. k. Post- und Telegraphenamt. — 36 Waschhaus für die Anstaltsfunctionäre. — 37, 38, 39, 40 Pflegerhäuser.

der Verstorbenen ohne Kenntniss der Patienten zu ermöglichen.

Ausser diesen Ubicationen enthält das erste Stockwerk dieser Pavillons ein Aerztezimmer und eine Telephonkammer; in den Mansarden sind Wohnräume für die Tractpfleger-Ehepaare, Erholungsräume (zugleich Schulzimmer) für das Pflegepersonal und Depots untergebracht.

Um selbst diesen zu überwachenden Geisteskranken den Aufenthalt im Freien zu gestatten, führen Thüren aus den Erdgeschossen über Veranden in Gärten, welche durch unübersteigbare, kaum das Anstaltsterrain überragende, in einem sanft geböschten Graben stehende Mauern abgeschlossen sind. Die Mauern sind derart angelegt, dass dieselben den Ausblick der Kranken nicht im Geringsten beirren und vom grössten Theil derselben kaum als Entweichungshindernisse zu erkennen sind. Aber auch in den ersten Stockwerken dieser Pavillons sind die Tagräume der Abtheilungen mit Veranden verbunden, deren feines, jedoch starkes Gittergeflecht den Patienten selbst in Stockhöhe ein sicheres Verweilen gestattet.

Sämmtliche Räume dieser, wie aller anderen Pavillons erhielten an den Wänden einen ungefähr 1,5 m hohen, hellgrünen Emailanstrich, welcher gegen den Plafond hin mit breiten, lichte Blumenmalerei zeigenden Bändern abschliesst; die übrigen Theile der Wände sind, so wie die Plafonds, hell gefärbt.

In den Pavillons 1 und 2 ist je eine Abtheilung für Pensionäre bestimmt und mit Brettelböden belegt, während die übrigen Abtheilungen, ebenso wie alle anderen Ubicationen der Anstalt mit Ausnahme der Pensionärpavillons leicht zu reinigende, weil waschbare Terrazzoböden zeigen.

Die Pavillons 3 und 4 sind hauptsächlich für Epileptiker eingerichtet und weichen im Interesse der Kranken von der Alltäglichkeit dadurch ab, dass von ihren Erdgeschossen in die ersten Stockwerke nicht Stiegen, sondern mit Linoleumteppichen belegte und zu beiden Seiten mit glatten Geländern versehene Steigebenen führen, eine Einrichtung, durch welche die Folgen eines Sturzes der Kranken bei plötzlich auftretenden Krampfanfällen erheblich vermindert werden. Die Einrichtung dieses Pavillons ist gleichfalls im modernen Stile ausgeführt, der Anstrich ist in den Pavillons 1 und 2 grün Eiche, Pavillon 3 und 4 matt Nuss.

Die Einrichtung ist durchaus keine rohe oder puritanisch einfache; sie nimmt hauptsächlich darauf Bedacht, den eigentlichen Zweck dieser Räume für deren Bewohner vergessen zu machen und auf letztere einen freundlichen und beruhigenden Eindruck hervorzubringen. Es finden sich in den Pavillons demnach nicht nur die nothwendigen Gebrauchsmöbel, wie Bänke, Speisetische, Kastentische und Medikamentenkästen (in den Wachsälen) und nächst den Vollbetten auch niedere, nach englischen Vorbildern hergestellte Epileptikerbetten (auf Pavillon 3 und 4), sondern auch Zier- und Blumentische, Decorationsdivans, Zierkästen, Spiel- und Schreibtische, Fauteuils, Credenzen, Ottomanen, Trumeaux, Bücherkästen und Blumenständer vertheilt vor, während die Wände mit Spiegeln und Bildern geschmückt sind. Ausserdem gehören zum Inventar der Pavillons auch Billards, Claviere, Domino-, Schach-, Damen- und sonstige Gesellschaftsspiele.

Teppiche aus Cocosfaser oder Linoleum laufen über die Terrazzo- oder Brettelböden und Vorhänge, in deren Stoffe Blumenmuster gewebt sind, verhüllen zum Theile die hohen Fenster, um das allzu grelle Licht abzuhalten.

Im Keller eines jeden dieser vier Hauptpavillons befinden sich die Kessel und Heizkammern der Dampfniederdruck-Centralheizung, von welcher aus jeder Raum des Pavillons nach Bedarf zu erwärmen ist. Da die Bedienung zweier Kesselanlagen aus Ersparungsrücksichten ein Heizer zu besorgen hat, sind je zwei dieser Pavillons durch einen unterirdischen Gang verbunden, in dessen Mitte eine Kohleneinwurfsöffnung angebracht ist. Endlich enthält ein jeder Keller nächst Kohlen- und anderen Depots auch einen Raum zur Aufbewahrung der gebrauchten Wäsche, welche durch Schläuche von den Abtheilungen direct in denselben befördert wird.

An diese vier Krankenhäuser für je 100 Kranke reihen sich gegen Osten vier sogenannte

Zwischenpavillons

(die Objecte 5, 6, 7, 8) mit einem Belegraume für je 50 Betten, u. zw. wieder die zwei nördlich gelegenen für Männer, die zwei südlich gelegenen für Frauen.

Hat sich nämlich nach angemessener Beobachtung in einem der Hauptpavillons erwiesen, dass ein Kranker der ganz strengen Verwahrung nicht bedarf, so gelangt er sozusagen aus dem Behandlungsstadium der Aufsicht in jenes der Vorsicht, d. h. er wird aus einem Haupt- in einen Zwischenpavillon übersetzt. Diese letzteren, in Stil und abwechslungsreicher Einrichtung den Hauptpavillons gleich, zeigen bereits offene nur mit Drahtgeflecht und Hecken umzäunte Gärten, aber noch vergitterte Veranden im ersten Stockwerke. Die Thüren, Fenster, Verschalungen und Möbel der Pavillons 5 und 6 sind erbsengrün mit rosa Zierstrich, die der Pavillons 7 und 8 eichengrün gestrichen; ausserdem die zwei letzteren als Pensionärpavillon eingerichtet und demgemäss reicher ausgestattet. Die Dampf-

niederdruck-Centralheizung ist hier ebenso angelegt wie bei den Pavillons 1 bis 4.

Die innere bauliche Anlage dieser Zwischenpavillons ist, von der der Hauptkrankenhäuser abweichend, eine unter sich völlig congruente. Links vom Eingange befindet sich in jedem derselben der Baderaum; ein breiter Gang, in dem die Terrazzo-Waschmulden für die Pfleglinge angebracht sind, durchquert das ganze Erdgeschoss. In diesen Gang münden der Putzraum, die Spülküche, und ein kleiner Tagraum, welcher in einen grösseren führt. An diesen reihen sich zwei kleinere und ein grösseres Schlafzimmer, der Wachsaal, ein Pflegerzimmer, ein Raum für Schmutzwäsche und zwei Separationszimmer, deren Vorhandensein auch in diesen Pavillons noch in Betracht gezogen werden muss. Von den Tagräumen gelangt der Kranke direct in den Garten.

Das erste Stockwerk ist in dieselben Räume gegliedert wie das Erdgeschoss. Der zweite Stock der Mittelbauten enthält je eine Tractpflegerwohnung und Depots.

Wird der Geisteskranke in diesen Zwischenpavillons auch noch ernst überwacht, so ist seiner Freiheit doch bereits ein grösserer Spielraum gewährt, der sich namentlich in der Zuweisung verschiedener Beschäftigungen innerhalb der Pavillons und in Spaziergängen im Freien unter Aufsicht des Pflegepersonales, äussert. Der Kranke, welcher sich auch bei dieser Behandlungsart bewährt hat, wird nun in die

Colonie

übersetzt. Diese, welche aus zwei je im Geviert sowohl auf der Nord- wie auf der Südseite an die Zwischenpavillons gereihten Gruppen (nämlich den Objecten 9, 11, 13, 15 für Männer und 10, 12, 14, 16 für Frauen) besteht, zeigt einfache Landhäuser, in welchen das aus England gekommene „open door"-System, d. h. das System der offenen Thüren, seine volle Anwendung findet. Fenster und Thüren entbehren jeder Versicherung, sie stehen offen, so dass dem Kranken hier die Freiheit in fast vollem Ausmasse gewährt wird.

Was zunächst die (auch für diese acht Häuser unter sich vollständig gleiche) bauliche Anlage dieser Coloniepavillons anbelangt, so weicht dieselbe von allen früheren dadurch ab, dass in dem Erdgeschosse eines solchen Pavillons (ausser dem Vorraum, der Spülküche, dem Putzraum, zwei Zimmern, dem Depot und den Aborten) nur die drei Tagräume, im ersten Stockwerke (ausser dem Vorraum, Depot, Bad und Aborten) nur die vier Schlafsäle untergebracht, also Wach- und Schlafräume vollständig getrennt sind. Nächst den aufgezählten Gebrauchsräumen sind an den beiden Längsseiten eines jeden Pavillons Veranden angebracht.

Der Anstrich der Thüren, Fensterverschalungen und Möbel ist für die Pavillons 9 und 15 licht Fichte (amerikanisch Nuss), für 10 und 13, welche als Pensionärpavillons eingerichtet sind, grün Eiche, für 14 und 15, deren Einrichtungsstücke im Gegensatze zu jenen aller anderen Bauernstil aufweisen, roth Nuss und für 11 und 12 erbsengrün mit rosa Zierstrich; das Meublement gleicht in seiner Abwechslung dem der früher erwähnten Pavillons, nur werden in der Colonie Stabbetten an Stelle der Vollbetten verwendet. Wie erwähnt, verräth nichts in der Colonie deren Bestimmung als Krankenasyl; im Gegentheile wird der Colonist als der Arbeiter der Anstalt betrachtet und behandelt.

Da die Arbeit eines der wichtigsten Heilmittel des kranken Seelenlebens bildet, kommt die Anstalt einer Hauptpflicht nach, wenn sie für abwechslungsreiche, zerstreuende und ununterbrochene Beschäftigung der in der Colonie untergebrachten Pfleglinge sorgt, umsomehr, als die letztere das Uebergangsstadium zur Familienpflege bildet, durch welche der Kranke der eigentlichen Anstaltspflege entwachsen soll. Uebrigens ist jeder Zwang zur Arbeit ausgeschlossen; wohl aber verlangt der weitaus grösste Theil der hier untergebrachten Kranken, angeregt durch das Beispiel anderer, durch liebevolles Zureden und durch jenen Schaffensdrang, der selbst die kranke Seele nicht ganz verlässt, freiwillig nach Arbeit. Und diese findet er in der Colonie in Hülle und Fülle. Je nach dem Grade seiner Fähigkeit und der Bestimmung des Directors hilft der Pflegling beim Ordnen und Abräumen der Betten, beim Wechseln der Bettwäsche, bei der Abgabe der gebrauchten Wäsche in die Dampfwäscherei, bei Uebernahme der gereinigten und der Wäschereinigung selbst. Er nimmt theil an dem Ueberführen der Speisen von der Küche auf die Abtheilungen, an der Reinigung der Geschirre, Bestecke, der Kleidung, der Zimmer, der Gänge und Wege und lässt sich zu den verschiedensten Handarbeiten in der Küche (Gemüseputzen, Trankverführen, Auskehren, Aufräumen, Abwaschen u. s. w.) verwenden; er greift thätig ein bei der Anlage von Strassen und bei der Instandhaltung des Waldes, sammelt Bruchholz, karrt dasselbe zu den Lagerplätzen, zerfällt und schlichtet es mit grosser Gewissenhaftigkeit. Er arbeitet bei der Blumenzucht, den Humusgruben, im Treibhause, beim Gemüsebau und bei der Feldwirtschaft, in der Bäckerei, Wursterei, Fleischerei und Meierei der Anstalt; er füttert Pferde, Ochsen, Kühe, Schweine und Hühner und hält deren Ställe in Ordnung. Er ist endlich in den verschiedenen

Werkstätten thätig, in den Nähstuben, der Schneiderei, Schusterei, Druckerei, Korbflechterei und Buchbinderei, Spenglerei, Tischlerei, Schlosserei, bei den Maurern, Zimmerleuten, Schmieden, Anstreichern, den Laubsägearbeiten, ja selbst bei den Maschinen — kurz er ist wieder ein schaffendes Mitglied der menschlichen Gesellschaft, ein, wenn auch winziges Rädchen in der ungeheuren Maschine des Staatsgetriebes geworden, und dieses Gefühl schafft ihm Freude und Lust an Arbeit und Dasein und glimmt in ihm den erloschen gewesenen Funken des Begriffes der Menschenwürde und des Menschenrechtes — also klaren Selbstbewusstseins von neuem an.

Geeignete Pfleglinge erhalten übrigens nach der Bestimmung des Directors auch Unterricht in den verschiedenen Fächern, durch dessen Erfolg ihnen später eine selbständige Stellung gesichert werden soll. Wie sich von selbst versteht, ist der Geisteskranke bei seiner Beschäftigung keine Secunde ohne Aufsicht. Genau individualisirend weist ihm der Director die Art der Arbeit zu, und ununterbrochen wacht das sorgsame Auge des diensthabenden Arztes und die durch strenge Vorschriften geschärfte Aufmerksamkeit des Pflegepersonales allüberall über seine und seiner Umgebung Sicherheit.

Eine specielle tarifmässige Entlohnung der Arbeitsleistung findet nicht statt, da die Beschäftigung eben nur als Mittel zum Zwecke der Heilung gilt; doch bewerthet und bezahlt die Anstalt jede Arbeitsleistung eines Pfleglings, und werden die ermittelten Beträge über Anweisung des Directors in eine besondere Kranken-Verdienstkasse hinterlegt, welche zur Anschaffung eigener Kleider für den Pflegling, zur Bestreitung von Ausflügen und anderen besonderen Zerstreuungen desselben, zur Unterstützung seiner hilfsbedürftigen Verwandten und last not least zur Verabfolgung an ihn selbst als Viaticum bei seiner Entlassung nach erfolgter Heilung vom Director in Anspruch genommen werden kann. Als Belohnung für geleistete Arbeit wird auch Tabak verschrieben. Im Interesse der Gesundheit der Pfleglinge findet die Morgenvisite statt, bevor dieselben an ihre Beschäftigung gehen.

Wie bei den Pfleglingen in den anderen Krankenhäusern, verlangt die Hausordnung namentlich in der Colonie strenge Reinlichkeit und Körperpflege. Zu diesem Zwecke sind Waschtuch, Kamm, Zahn- und Kopfbürsten, Seife und Seifengeist jedem einzelnen Pflegling von der Anstalt beigestellt. Der arbeitende Kranke ist verhalten, vor der Nachtruhe ein Fuss- oder Vollbad zu nehmen, seine Arbeitskleider an den in den Bädern angebrachten Kleiderrechen zu verwahren und dort seine Nachtwäsche anzulegen; erst dann darf er sich in die Schlafräume begeben und sein Bett aufsuchen. Alle Patienten verlassen im Sommer um 5, im Winter um 6 Uhr früh das Ruhelager, wenn der Arzt nicht eine andere Verfügung trifft. Sommer- und Winterkleider, bei deren Stoff und Schnitt jede Spitalmässigkeit vermieden erscheint, wechseln die Colonisten ebenso wie alle übrigen Pfleglinge nach der Forderung der Witterung über Anordnung des Directors. Die Kleidung der arbeitenden Kranken nimmt zuvörderst auf den Schutz der Gesundheit derselben Rücksicht und ist auch der Art der Arbeit genau angepasst. Der Wechsel der Leibwäsche der Patienten findet der Reinlichkeit entsprechend möglichst häufig statt und steht unter beständiger Controlle.

Der Gang, welchen der Geisteskranke bisher genommen, entspricht der Bestimmung der Anstalt als Heilanstalt. Vorerst die Sicherung des Patienten und seiner Umgebung durch strenge Verwahrung in den Pavillons 1 bis 4, dann die Beobachtung desselben im Vorsichtsstadium der Zwischenpavillons 5 bis 8, hernach dessen nahezu freie Behandlung in der Colonie; die freie Verpflegsform der letzteren erfährt übrigens noch eine Steigerung in der Unterkunft des Kranken im Pflegerdorfe und endlich in dem Aufenthalte desselben bei Privatparteien, welche Verpflegsarten später besprochen werden, da sie ausserhalb der Anstalt erfolgen.

Auf dem die nördlichen und südlichen Pavillonreihen trennenden Mittelweg der Anstalt liegt ungefähr in der Mitte zwischen Directions- und Küchengebäude

die Kapelle und das Gesellschaftshaus

(Object 24). Ueber dem mit gemaltem Glase verkleideten Portale dieses im modernen Stil gehaltenen Gebäudes ist ein Phantasiekopf mit Flügeln und Blumen als allegorische Darstellung der menschlichen Sinne gemeisselt, welcher von den Initialen F J I, an deren Seiten sich die Jahreszahlen 1848—1898 reihen, und der Kaiserkrone überragt wird.

Im Vorflur blickt dem Eintretenden die Büste unseres Kaisers entgegen. Zu beiden Seiten des Vorflurs sind Garderoben für Männer und Frauen angebracht. Derselbe führt in den 240 m² grossen Gesellschaftssaal, dessen Decke reiche Gypsstuckarbeit aufweist. Dieser Gesellschaftssaal ist mit den entsprechenden Einrichtungen für eine Bühne, deren Bestandtheile in einer Versenkung untergebracht sind, ausgestattet; rechts und links liegen Nebenräume, die Restaurationszwecken dienen.

Der Saal ist durch eine Rollbalkenwand von der anstossenden Kapelle getrennt. Bei grossem Gottesdienst wird diese Wand entfernt, so dass Saal und Kapelle bei solchen Anlässen einen Raum bilden.

Die Kapelle, von einem schlanken Thürmchen überragt, enthält ein Altargemälde von Hans Tichy, darstellend die Heiligen Franciscus Xav. und Josephus zu beiden Seiten der Mutter Gottes, welcher die heilige Elisabeth Rosen streut und der heilige Leopold mit der Kirche huldigt. Die Anstaltskapelle steht jedem Pfleglinge, welcher den Drang in sich fühlt, religiöse Bedürfnisse zu befriedigen, zu jeder Zeit offen. Der Gesellschaftssaal aber vereinigt in Anbetracht der Thatsache, dass Zerstreuung und Ablenkung den Process der Heilung der Kranken in günstigster Weise beeinflussen, letztere möglichst häufig zu Concerten, Tanzunterhaltungen, Theatervorstellungen, Productionen von Taschenspielern etc.; bei solchen Gelegenheiten wird die gewöhnliche Schlafstunde (9 Uhr) auf 11 Uhr nachts verschoben.

Aber auch sonst stehen dem Pfleglinge, dessen Thätigkeitsdrang noch nicht erwacht ist oder dessen Zustand ihm momentan die Lust zur Arbeit verleidet, Zerstreuungen in reicher Auswahl zu Gebote. Es bleibt ihm, vorausgesetzt, dass der Grad seiner Erkrankung dies gestattet, unbenommen, sich auf den speciell hiezu angelegten Kegelbahnen, Lawn-tennis- oder Turnplätzen zu vergnügen, in den mit reichen Blumenanlagen geschmückten, um die Pavillons gelegenen Gärten oder in dem 50 ha grossen Anstaltswalde zu ergehen, aus der reichhaltigen Anstaltsbibliothek, im Billard-, Schach-, Damen-, Domino- und sonstigen Gesellschaftsspielen oder in der Benützung der verschiedenartigsten ihm zur Verfügung stehenden Musikinstrumente, die er beherrscht, Zerstreuung zu suchen oder die Besuche seiner Verwandten und Freunde zu empfangen, denen kein Hinderniss in den Weg gelegt wird, wenn sie nicht auf den Besuchten selbst nachtheilig wirken.

Dem Zwecke der Anstalt entsprechend wurde besondere Sorgfalt dem Baue und der Ausstattung der

Küche und Wäscherei

(Object 26) zugewendet. Diese beiden Wirthschaftsubicationen sind in einem Gebäude vereinigt, welches am östlichen Ende des Mittelweges der Anstalt gelegen ist.

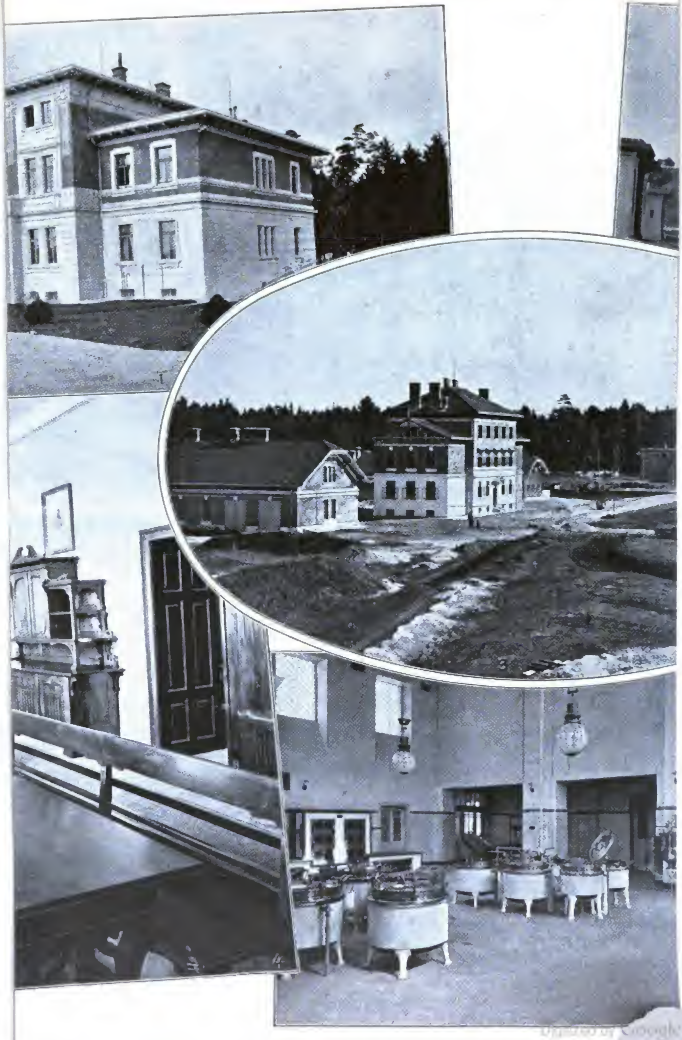
Die Küche, in welcher die Kost für ca. 1250 Personen gekocht wird, ist durchgreifend ventilirt, für Dampf- und elektrischen Betrieb eingerichtet und durch seitliche Hochfenster beleuchtet. Der eigentliche Kochraum enthält sechs grosse Wasserbad-Kochkessel à 300 l, drei kleinere à 150 l, zwei grosse Maschinen-Küchenherde, einen kleineren und einen Kaffeekocher, einen Kartoffeldämpfer und zwei Wärmeschränke. Alle Kochgefässe bestehen aus reinem Nickelmetall.

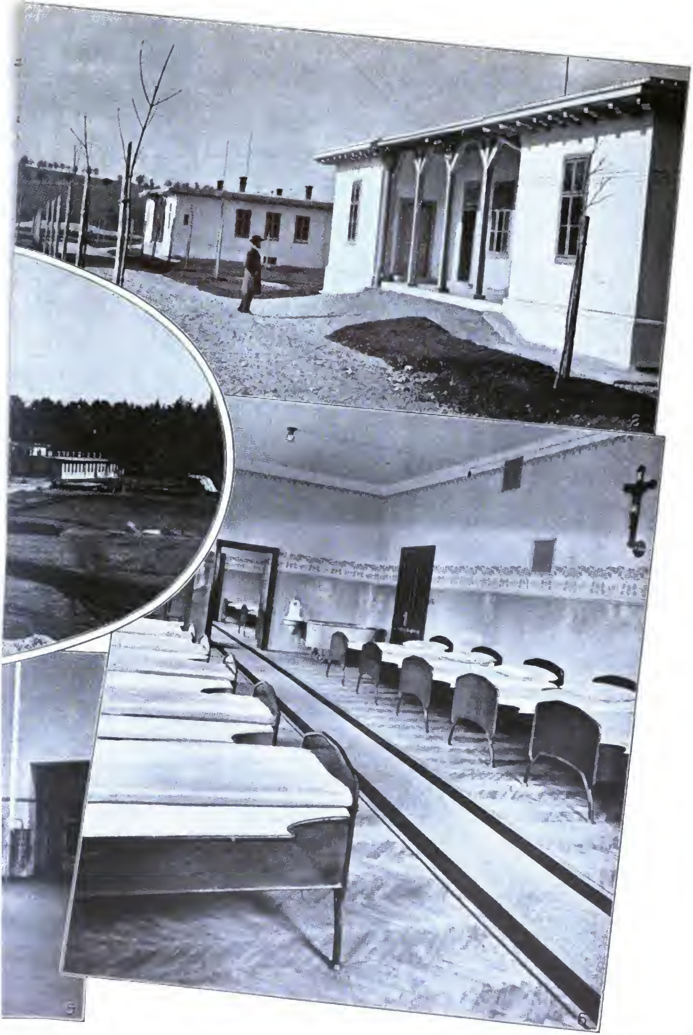
In dem anstossenden, für die Mehlspeiseherstellung bestimmten Raume sind verschiedene Kochhilfsmaschinen aufgestellt, welche gleichfalls elektrisch betrieben werden.

Als Nebenräume der Küche schliessen sich letzterer im Erdgeschosse an: ein Handmagazin, ein Raum für Fleischabgabe mit Fleischaufzug, der mit der Eisgrube verbunden ist, ein Gemüseputzraum, welcher grosse Betonbottiche enthält, je ein Vorraum links und rechts zur Speisenabgabe an Männer und Frauen und ein Raum zur Abgabe von Sodawasser, die drei letzteren mit nach aussen führenden Schaltern; ferner ein Speise- und ein Schlafzimmer für weibliche, ein Speisezimmer für männliche Dienstboten, eine Kanzlei für den Regiebeamten, zwei Refectorien für die Functionäre der Anstalt und Lagerungsräume. Im Kellergeschosse des Küchengebäudes ist eine vollständig maschinell eingerichtete Bäckerei, deren Backofen auch zwei grössere von der Kochküche benützbare Bratrohre enthält, eine Teigwaarenbereitungs- und eine Sodawasser-Erzeugungsanlage eingestellt.

Die Milchwirthschaft, Bäckerei, Fleischerei, Wursterei, der Feldbau und der Gartenbetrieb der Anstalt versorgen die Küche mit unverdorbenen, unverfälschten und stets frischen Rohproducten und Victualien.

Wenn die Speisestunde schlägt (je nach Sommer oder Winter zum Frühstück um 1/2 7 oder 7 Uhr, zum zweiten Frühstück um 1/2 10 Uhr, zum Mittagmahl um 12 Uhr, zur Jause um 4 oder 1/2 5 Uhr, zum Nachtmahl um 1/2 7 oder 7 Uhr abends), werden die Speisen, nachdem sie vorher der Beköstigungsprüfung durch den Journalarzt und Journalbeamten unterzogen wurden, in der Küche von den Tractpflegern der Abtheilungen in den vorgeschriebenen, wärmehaltenden Geschirren auf die Speisewagen verladen, auf den Rollgeleisen durch die Anstalt geführt und an den einzelnen Pavillons dem bereits wartenden Pflegepersonale übergeben. In den Speisezimmern sind die Tische gedeckt. Der Tractpfleger nimmt die Vertheilung vor, und das Pflegepersonal verkleinert, wenn nöthig, die Speisen den Pfleglingen namentlich dort, wo Messer und Gabel nicht zulässig sind, und reicht auch jenen Patienten die Mahlzeit, welche nicht ohne Hülfe zu essen vermögen. Zur Verminderung der Gefahr für unvorsichtige oder unbeholfene





nke. Küche. 6 = Schlafraum für streng überwachungsbedürftige Kranke.

Pfleglinge werden neue Typen von Essbestecken, und zwar Messer mit abgerundeter, nur am äussersten Ende geschliffener Schneide und Gabeln mit sehr kurzen, stumpfen Zinken verwendet.

Der Genuss geistiger Getränke ist für jeden Pflegling ausnahmslos streng verpönt, wenn dieselben nicht als Arznei verschrieben werden.

Den rechten Flügel des Küchengebäudes nimmt die Wäscherei ein. Die von den Tractpflegern abgegebenen, gebrauchten Wäschestücke gelangen zunächst in den vollständig terrazzirten Sonderungsraum, von diesem in die mit mächtigen Betonbehältern versehenen Einweicheräume, hernach in den eigentlichen mit den modernsten maschinellen Einrichtungen, elektrischem und Dampfbetrieb ausgestatteten Waschraum und werden hier mit Hilfe der Waschtrommeln, Schwemmbottiche und Wäscheschleudern der vorgeschriebenen Behandlung unterzogen. Die gereinigte Wäsche wird mittels Aufzuges in die das erste Stockwerk des Mittelbaues umfassenden Trockenräume befördert, in denen die Trocknung mittels Dampfheizung erfolgt, während zwei mächtige Propeller für eine lebhafte Luftabsaugung sorgen. Die trockene Wäsche wird hernach in die Roll- und Plättekammern, auf die Maschinrolle, bezw. Dampfmange und sodann zur Sortirung in die Nähstube gebracht. Dort werden die nothwendigen Ausbesserungen vorgenommen, worauf nun die wieder gebrauchsfähigen Wäschestücke in den hiezu bestimmten Wagen am Rollgeleise der Anstalt in die Pavillons überführt werden. Die meisten Arbeiten in Küche und Wäscherei werden durch Pfleglinge besorgt.

In Verbindung mit der Anstaltsküche steht das

Eishaus

(Object 27), welches, aus Beton in den Erdboden eingebaut und mit Korkplatten isoliert, einen Fassungsraum von 400 m^3, zwei Kühlräume und einen ebenerdig über dasselbe aufgeführten Fleischausgaberaum enthält. In demselben sind 80 Waggon Eis eingelagert.

Die Aufsicht über alle Küchen- und alle Wascharbeiten wird durch Schwestern vom „heiligen Kreuze" besorgt, welche im

Wohnhause der Ordensschwestern

(Object 25) ihre Unterkunft finden. Ein Relief über der Eingangsthür, darstellend die heilige Elisabeth als Schutzpatronin der Mildthätigkeit, zeigt die Gesichtszüge weiland Ihrer Majestät der Kaiserin Elisabeth von Oesterreich.

Das Haus selbst umfasst im Souterrain Waschküche und Bad, im Erdgeschoss die Küche, das Refectorium, ein Bet-, ein Fremden-, ein Krankenzimmer und die Aborte und im ersten Stockwerke fünf Schlafräume für die Ordensschwestern, einen Depotraum und eine Veranda. Die Malerei der einzelnen Räume ist im modernen Stil gehalten.

Unmittelbar hinter dem Küchengebäude und schon vom Anstaltswalde umgeben, erhebt sich das

Dampfkesselhaus

(Object 28). In diesem befinden sich im Erdgeschosse drei Flammenrohrkessel mit je 40 m^2 Heizfläche, welche die nothwendigen Mengen von Warmwasser und Dampf für Wäscherei, Anstaltsküche, Trockenräume und Bad zu erzeugen haben; ferner das Centralbad mit einem Schwimmbade und Cabinenbädern (zur Benützung für die Aerzte, Beamten, Diener, das Pflegepersonal und die in Familienpflege untergebrachten Patienten); die in den Pavillons verpflegten Kranken nehmen ihre Körperreinigung in den Badeanlagen der Pavillons selbst vor.

Zwei Professionistenwohnungen im ersten Stockwerke und die zur Speisung der Bäder nothwendigen Wasserbehälter im Dachgeschosse ergänzen die Bauanlage dieses für den Anstaltsbetrieb sehr wichtigen Objectes. In einen Nebenraum des Kesselhauses mündet ein 20 m tiefer Brunnen von 5 m Durchmesser zur Beschaffung des Nutzwassers.

Anstossend an das Kesselhaus ist östlich die

Desinfectionsanlage

angeordnet, welche aus der Eingabe für die zu desinficierenden Gegenstände, aus der Ausgabe für die desinficierten Gegenstände und aus einem Badezimmer für den hier beschäftigten Diener besteht.

Die Anlage der Trinkwasserleitung für die Anstalt wurde in der Darstellung der Bauführung des näheren erörtert.

Nördlich vom Maschinenhaus, am sogenannten Urlweg, liegt das

Werkstättenhaus

(Object 29), ein langgestrecktes Gebäude, das von einem in der Mitte durch eine kleine Rotunde unterbrochenen Kreuzgang durchquert ist, in welchen die Thüren von 8 grossen Arbeitssälen münden. In diesen sind hauptsächlich zum Zwecke der Beschäftigung der Geisteskranken, sei es, dass dieselben einen erlernten Beruf weiter üben, sei es, dass sie einen neuen erlernen wollen, verschiedene Werkstätten eingerichtet, und zwar: eine Laubsägerei, Buchbinderei, Matten- und Korbflechterei, Schneiderei, Schusterei, Druckerei, Anstreicherei und Tischlerei. Im Stockwerke dieses Gebäude befinden sich die Wohnungen für die Werkführer.

Der in nördlicher Richtung vom Werkstättenhaus gelegene

Wirthschaftshof

(Object 17 — 17 e) besteht aus:

1. einem Wohnhaus; dieses enthält in seinem Erdgeschosse ein Badezimmer, ein Speisezimmer für die hier untergebrachten nur zum landwirthschaftlichen Betriebe geeigneten Pfleglinge, das als Bauernstube eingerichtet ist, zwei Schlafräume für diese Pfleglinge und eine Spülküche; im ersten Stockwerke befinden sich zwei Wohnungen für Bedienstete und Schlafräume für Pfleglinge und Dienstboten und in den Kellerräumen Gemüse- und Parteienkeller;

2. einem Schweinestall-Gebäude, dessen als Futterküche eingerichteter Vorflur nach beiden Seiten hin in zwei langgestreckte Ställe mit paarweise angeordneten Koben führt, die Raum zur Unterbringung von 250 Schweinen bieten; jede Kobe hat ihren Auslauf in ein vollständig betonirtes und ummauertes Gehege mit Tummelplatz und Bad. Die Dachbodenräume dienen zur Aufbewahrung der Futtervorräthe;

3. einem den Schweineställen gegenüberliegenden Wirthschaftsgebäude, welches eine Wagenremise, eine Löschzeugstätte, einen Schlachtraum mit (elektrisch betriebener) Wursterei und Räucherkammer, eine Molkerei-Anlage, einen Pferdestall mit vier Ständen, Stallungen für 20 Kühe, sechs Ochsen, Jungvieh und zwei Esel umfasst; im Dachgeschosse desselben sind Futter-Vorrathskammern und im Souterrain Gemüsekeller angelegt, in letzteren Kraut- und Rübenmaschinen aufgestellt;

4. einem Hühnerstall;

5. einer offenen Wagenremise und endlich

6. einer Brückenwage.

Mit Rücksicht auf die der Gesundheit am meisten Rechnung tragende Arbeit im landwirthschaftlichen Betriebe, wird die weitaus grösste Zahl der Pfleglinge zu diesem beim Anbaue und der Ernte auf dem 60 Joch umfassenden Ackerareale der Anstalt, bei der Betreuung der eingestellten Nutzthiere und den vielfachen Beschäftigungsarten der Gärtnerei verwendet.

Zu dem im Wirthschaftshofe eingestellten Feuerwehr-Requisitendepot sei erwähnt, dass die Anstaltsfeuerwehr und der mit dieser verbundene Rettungszug aus Pflegern gebildet sind und unter der Führung des technischen Beamten und der Leitung des Directors und Verwalters stehen.

Zur Aufnahme somatisch erkrankter Pfleglinge ist das

Lazareth

(Object 19) bestimmt, welches Raum für 14 männliche und 14 weibliche Kranke bietet. Die Krankenzimmer liegen in den Gebäudeflügeln, welche sich an den Mitteltract anschliessen. Im letzteren sind eingebaut: ein Operationssaal mit Aerztezimmer, zwei Pflegerzimmer, zwei Abortanlagen, Tagräume mit offenen Terrassen, welche dazu dienen, bettlägerige Kranke in ihren Betten an die frische Luft zu bringen, ein Wasch-, ein Baderaum und eine Spülküche. Gegenüber dem Lazarethe liegt mitten im Walde das

Infectionskrankenhaus

(Object 18), ein ebenerdiges Gebäude mit Mitteltract, welcher zwei Pflegerzimmer, Bad- und Spülküche umfasst; zu beiden Seiten des Mitteltractes erstrecken sich die Abtheilungen für Männer und für Frauen, deren jede fünf Einzelzimmer enthält, von denen je eines direct ins Freie führt.

Für das Infectionskrankenhaus ist zur Aufnahme der Dejecte eine eigene Senkgrube angelegt, welche mit der Canalisation der Anstalt nicht verbunden ist.

Ist es auch einerseits wünschenswerth, dass dieses Krankenhaus nie zur Verwendung gelange, so sichert es anderseits dadurch, dass es die Möglichkeit strengster Isolirung bietet, die Insassen der Anstalt vor der Ausbreitung infectiöser Krankheiten. In erster Linie soll dieses Object zur Unterbringung der tuberculösen Geisteskranken dienen, welcher Bestimmung es durch seine Lage in würziger staubfreier Waldluft vollauf Rechnung zu tragen vermag.

An der nordöstlichen Ecke des Anstaltsgebietes, der Url zunächst gelegen, ist eine

Reinigungsanlage
für Fäcalien und Schmutzwässer

(Object 30) eingerichtet, welch' letztere von sämmtlichen Objecten der Anstalt durch entsprechende Canalisirung hierher geführt werden. In dieser Anlage werden durch Harfen die festen Stoffe ausgeschieden und als Dünger oder zur Düngerbereitung verwendet; die Abwässer hingegen durch Leitung über mit Coaks belegte Betonreservoirs filtrirt, von einer elektrisch betriebenen Pumpe in ein erhöhtes Reservoir gehoben und aus diesem durch eine Rieselanlage zur Bewässerung auf die Felder getrieben.

Die Anlage bietet auch die Möglichkeit bei allfälligen Infectionskrankheiten in der Anstalt die gründlich desinficirten Abwässer abzuleiten, ohne dass dieselben die Felder berühren.

An der dieser Anlage entgegengesetzten, also südwestlichen Spitze des Anstaltsterrains befindet sich der

Anstaltsfriedhof mit Leichenhaus

(Object 20). Das Leichenhaus enthält im Untergeschoss zwei Leichenkammern (hiervon eine für Leichen an

Infectionskrankheiten Verstorbener) und ein Särgedebot; das Erdgeschoss umfasst einen Aufbahrungsraum, einen Obductionssaal, ein ärztliches Arbeitszimmer, einen Aufzug zum Transport der Leichen aus dem Untergeschoss und völlig gesondert die Wohnung des Leichendieners.

Beleuchtung.

Alle zur Anstalt gehörigen Baulichkeiten sind in sämmtlichen Räumen, einschliesslich der Keller- und Dachbodengeschosse, mit der nothwendigen Einrichtung für elektrische Beleuchtung versehen. Der zu letzterer erforderliche Strom wird aus den Elektricitätswerken der Stadtgemeinde Amstetten als Starkstrom bis zur Anstalt geführt und hier durch vier Transformatoren auf 150 Volt Spannung umgeformt und zu den einzelnen Gebäuden weitergeleitet.

Dieser elektrische Strom beleuchtet nicht nur die Anstaltsubicationen mit ca. 2000 Lampen (darunter das Gesellschaftshaus mit vier, die Küche und Wäscherei mit je zwei Bogenlampen), sondern setzt auch mit 20 Motoren alle maschinellen Einrichtungen der Wäscherei, Küche, Bäckerei, Sodawasser-Erzeugung, Teigwaren-Erzeugung, Wursterei, Kläranlage u. s. w. in Betrieb.

Pflegerhäuser

(Pflegerdorf, Objecte 37, 38, 39, 40).

Vor der Anstalt, u. zw. ausserhalb der Einfriedung derselben liegt das gegenwärtig aus vier Häusern bestehende Pflegerdorf, dessen Umfang nach Bedarf vergrössert werden wird. Jedes dieser Häuser enthält je zwei Wohnungen, bestehend aus: einer Küche, (gleichzeitig Speiseraum) mit Emailanstrich und Terrazzoboden, einem Schlafzimmer für drei Pfleglinge, einem Zimmer sammt Cabinet für das Pflegerpaar, einer Geräthekammer, der Abortanlage und einem Keller.

Je eine solche Wohnung wird einem Pfleger-Ehepaare aus dem Stande der Anstaltsbediensteten zugewiesen, welches dieselbe mit Pfleglingen (in der Höchstzahl von drei desselben Geschlechtes) zu theilen hat.

Es sind dies Pfleglinge, die sich bei längerem Aufenthalte in der Colonie als der Vorschule zur Privatpflege verlässlich erwiesen haben und der eigentlichen Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, ohne jedoch im gewöhnlichen Sinne entlassungsfähig zu sein, sei es, dass äussere Umstände der Entlassung im Wege stehen, sei es, dass der Zustand der Kranken ärztliche Beobachtung und Berücksichtigung psychiatrischer Grundsätze noch weiterhin wünschenswerth erscheinen lässt. Die Schlafräume der Pfleglinge werden im Pflegerdorfe auf Kosten der Anstalt eingerichtet, und die Kranken aus den Anstaltsvorräthen mit Bett- und Leibeswäsche versehen. Die Pfleger erhalten für die Verköstigung eines jeden Pfleglings pro Tag 80 *h* und haben letztere zu überwachen, angemessen zu beschäftigen und zu den vorgeschriebenen Terminen in die Anstalt zur Untersuchung, zum Bade und zum Wägen zu bringen.

Ausser diesen Pflegestellen im Pflegerdorfe sind aber auch solche bei Privatparteien in Aussicht genommen, welche nicht allzuweit von der Anstalt entfernt, nach bezüglicher Verlautbarung im Wege freiwilligen Anbotes besetzt werden sollen. Jedes gesunde, geistig normale, sittlich nicht zu beanständende Ehepaar ist geeignet, einen, zwei oder drei vom Director ausgewählte Kranke desselben Geschlechtes in Pflege zu nehmen. Verlangt wird nur, dass die Kranken in einem eigenen, hygienisch entsprechenden, einen Luftraum von wenigstens 15 m^3 pro Kopf aufweisenden Schlafzimmer untergebracht, als zur Familie gehörig, wohlwollend und geduldig behandelt, vom Genusse geistiger Getränke ferngehalten, nie zur Arbeit gezwungen, wohl aber durch freundlichen Zuspruch zu derselben aufgemuntert und entsprechend beobachtet werden.

Der Familienpflege sollen nur Pfleglinge theilhaftig werden, die durch ihr Verhalten im Pflegerdorfe den Beweis voller Vertrauenswürdigkeit geliefert haben.

Die Schlafräume der Pfleglinge können auch bei Privatparteien durch Vermittlung der Anstalt, doch gegen ratenweise Abzahlung seitens der Pflegefamilien, eingerichtet werden; Kleidung, Bett- und Leibeswäsche, Reinigungsartikel, Bücher aus der Anstaltsbibliothek etc. werden den Pfleglingen beigestellt. Letztere arbeiten im Interesse des Pflegers und erhalten von demselben die landesübliche Kost, wofür der Pflegepartei für jeden Patienten ein Kostgeld von 80 *h* pro Tag, eventuell nach Ermessen des Directors aber auch mehr oder weniger vergütet wird. Selbstredend stehen die Kranken durch häufige Inspectionen von Aerzten, Beamten und Vertrauensmännern unter beständiger Controlle der Anstalt; ausserdem müssen sie alle 14 Tage in die Anstalt gebracht, um dort gebadet, untersucht und gewogen zu werden. Bei einer etwaigen, ihre Verwendung beeinträchtigenden Veränderung ihres Zustandes werden sie sofort in die Anstalt zurückgezogen.

Die Vortheile, welche diese Einrichtung einer organisirten Familienpflege aufweist, sind mannigfache. Zuvörderst sichert dieselbe der Anstalt einen ständigen Abfluss der beruhigten Kranken; ferner verwerthet sie die sonst vollständig brachliegende Arbeitskraft einer grossen Anzahl von Geisteskranken, verhindert gleichzeitig die unrationelle Behandlung der letzteren in der Gemeindeversorgung und ermöglicht es dem Patienten, bei fortschreitender Besserung, bezw. Heilung

die verlorene Berechtigung zur selbständigen Existenz von neuem zu erringen; weiters führt sie weniger bemittelten Landwirthen bei dem jetzigen Mangel doppelt willkommene Arbeitsgehilfen zu und bringt denselben insofern materiellen Gewinn, als selbst bei gewissenhafter Verköstigung das pro Kopf und Tag gewährte Kostgeld hinter den factischen Auslagen zurückbleiben dürfte; endlich wird sie die fortwährende Zunahme der Anstaltsbauten mindestens verringern, aber auch schon dadurch eine bedeutende Entlastung der öffentlichen Verwaltung bedeuten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Bevölkerung bei Beobachtung des Verhaltens der Pfleglinge im Pflegerdorfe und nach Erkenntniss der Verwendbarkeit derselben, jenes Vorurtheil aufgeben wird, welches heute noch gegen Geisteskranke allgemein im Volke herrscht; den ersten schüchternen Versuchen zur Uebernahme von Patienten in die Familienpflege werden nach den vorliegenden Beispielen aus England, Belgien, Deutschland u. s. w. weitere folgen, und bald wird die Familienpflege Geisteskranker in der Umgebung der Anstalt als eingebürgert zu betrachten sein.

Drei wichtige Factoren sind es, die dann aus dieser neuen Einführung der familiären Irrenpflege einen gleich bedeutenden Nutzen ziehen:

Der Kranke, welcher den Segen des Aufenthaltes in der Familie geniesst, der Landwirth, dem jederzeit eine verwendbare billige Arbeitskraft zur Verfügung steht, und das Land Niederösterreich, dessen Ausgabebudget durch diese schon seit Jahrzehnten nothwendigen Reform des Irrenwesens eine zweifellos sehr willkommene Entlastung erfährt.

Sind diese Erfolge einmal zur That geworden, dann hat auch die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling ihr vornehmstes Ziel erreicht.

Zum Zwecke der Ausscheidung aller nicht in das Gebiet einer rationellen Irrenpflege gehörigen, weil letztere hindernden Elemente, ist der Heilanstalt Mauer-Oehling die Pflegeanstalt Ybbs angegliedert, welche unter der Leitung der ersteren steht und unheilbare Alkoholiker, geistesgestörte Verbrecher und alle jene Kranken aufzunehmen bestimmt ist, bei denen sich während des Aufenthaltes in Mauer-Oehling jede Aussicht auf Heilung oder Erlangung einer Beschäftigungsfähigkeit als ausgeschlossen erwiesen hat.

Mittheilungen.

— Am 2. Juli fand in Anwesenheit des Kaisers von Oesterreich die Schlusssteinlegung und Einweihung der „Kaiser Franz Josephs-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt" in **Mauer-Oehling** statt. Etwa 2000 Festgäste waren zu dieser Feier erschienen. Der Kaiser besichtigte eingehend die Anstalt und äusserte wiederholt sein Lob über die Schönheit und Zweckmässigkeit der Bauten und Einrichtungen. Speciell dem Landes-Ausschuss Steiner, Administrations-Inspector Gerenyi, Landes-Baurath Boog dem Director der Anstalt Dr. Krayatsch, auch den Primarärzten Dr. Bayer und Gwürstinger drückte der Kaiser seine Anerkennung aus. Nach der Abfahrt des Kaisers fand an einem Büffet unter einem Zeltbau eine Bewirthung der Festgäste statt. Die Wiener Gastwirthsgenossenschaft hatte die Ausführung der Bewirthung übernommen; die schmucken Wiener Gastwirthstöchter in weissen Piquetkleidern servierten. Bürgermeister Dr. Lueger, Ministerpräsident v. Körber, Landesausschuss Steiner, Statthalter Graf Kielmannsegg hielten auf die neue Anstalt und die bei ihrer Errichtung betheiligt gewesenen Herren glänzende Ansprachen. —

Die Anstalt in Mauer-Oehling ist von der Landesvertretung des Kronlandes Niederösterreich zur Erinnerung an die Feier der 50jährigen Regierung des Kaisers Franz Joseph von Oesterreich errichtet worden. Sie übertrifft an Geschmack und Zweckmässigkeit in Anlage und Ausstattung alle neueren Anstalten und wir möchten wünschen, dass sie beim Neubau von Anstalten zum Vorbilde gewählt werden möchte. Direct an der Strecke Salzburg-Wien gelegen, dem Reisenden im Eisenbahnzuge als schmucke Villencolonie im freundlichen Waldesgrün sich präsentierend, ist sie von der Station Mauer-Oehling in kaum 5 Minuten zu Fuss zu erreichen. Br.

— **Erlass, betreffend das Krankenpersonal.** Die Verhältnisse des Pflegepersonals der Krankenanstalten sind in den letzten Jahren in der Presse und in parlamentarischen Verhandlungen wiederholt zum Gegenstand lebhafter Klagen gemacht worden. Neben mangelnder Befähigung und unzureichender Vor- und Ausbildung bei einem grossen Theile der Wärter und Wärterinnen werden insbesondere die Ueberanstrengungen im Pflegedienste, der Mangel einer angemessenen Erholung, einer geeigneten Fortbildung, einer zureichenden Besoldung und Verpflegung sowie eine unzulängliche Versorgung im Falle der durch Alter, Krankheit oder Invalidität eingetretenen Dienstunfähigkeit als die hauptsächlichsten Missstände auf dem Gebiete der Krankenhauspflege bezeichnet.

Wenngleich nach dem Ergebniss der von mir angeordneten Erhebungen diese Klagen zum Theil als unrichtig, zum Theil auch als übertrieben sich heraus-

gestellt haben, so nehme ich doch Veranlassung, die Verhältnisse der Krankenanstalten des dortigen Bezirks (§ 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte) Ihrer besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge mit dem Ersuchen ergebenst anzuempfehlen, falls sich Missstände nach der angedeuteten Richtung in den Anstalten etwa vorfinden sollten, auf deren baldige Beseitigung ernstlich Bedacht zu nehmen. Auch ersuche ich, die Kreisärzte anzuweisen, bei den in Gemässheit des § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vorzunehmenden jährlichen Besichtigungen der Krankenanstalten auf Mängel der bezeichneten Art besonders zu achten, indem ich zugleich bestimme, dass in die Besichtigungsverhandlung zugleich Angaben über die Besoldung und die Zahl der täglichen Dienststunden des Pflegepersonals aufzunehmen sind.

Handelt es sich um Missstände, welche auf eine unzureichende Betheiligung des ärztlichen Elements bei der Regelung der Krankenhausangelegenheiten zurückzuführen sind, so wollen Ew. Hochwohlgeboren es sich angelegen sein lassen, auf eine Stärkung des ärztlichen Einflusses in geeigneter Weise bei den Betheiligten hinzuwirken.

Berlin, den 11. Juli 1902.

Der Minister der geistl. Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
Studt.

An die Herren Regierungs-Präsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

— Ein wenig bekanntes Blatt aus der **Geschichte der Familienpflege Geisteskranker**. Anlässlich der Einweihung der „Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in **Mauer-Oehling** schreibt in der „Wiener Zeitung" vom 1. Juli d. Js. Dr. August Seuffert:

„Mit dem Inslebentreten der Familienpflege Geisteskranker in Mauer-Oehling findet eine Idee ihre Verwirklichung, welche schon vor Jahrzehnten in Oesterreich leider vergeblich von einem Manne angeregt und wiederholt verfochten wurde, der insbesondere in Wien für alle Zeiten unvergessen bleiben wird. Der leider zu früh unter traurigen Umständen heimgegangene Menschenfreund Dr. J. v. Mundy, dessen Gedächtniss als Gründer der Wiener Rettungsgesellschaft in der Kaiserstadt an der Donau für immer fortleben wird, verdient es wohl, dass an dieser Stelle seiner ehrend gedacht werde. Als er im Jahre **1854** in Würzburg zum Medicinä-Doctor promovirt wurde, wählte er sich für seine Inaugural-Festschrift ein damals neues Thema: „Ueber die familiale Behandlung der Irren". Seine Festschrift schloss mit dem Satze: „Möge es mir vergönnt sein, dass ein Jugendtraum von mir in Erfüllung gehe und dass ich, wenn auch nur ein Scherflein, zur Lösung dieser grossen Frage beizutragen in den Stand gesetzt werde." Leider war es ihm nicht gegönnt, seine Bestrebungen in dieser Richtung, so weit es sein Vaterland Oesterreich betrifft, mit Erfolg gekrönt zu sehen, da seine Vorschläge, die Irrenpflege umzugestalten, als undurchführbar bezeichnet wurden, obgleich er sich in Gheel, wo er durch 6 Monate dem Studium der familialen Verpflegsform oblag, von der Durchführbarkeit der Behandlung Geisteskranker in fremder Familienpflege überzeugt hatte. Dr. J. Mundy brachte der von ihm als Ideal angestrebten Irrenreform grosse materielle Opfer. Ein Apostel dieser humanitären Idee, durchzog er als Wanderlehrer England, Frankreich und Deutschland und erfreute sich in allen diesen Culturländern der grössten Hochachtung in den maassgebenden und wissenschaftlichen Kreisen. Bei diesen Reisen machte er die Bekanntschaft der hervorragendsten Psychiater, Conolly, Griesinger u. s. w. und erwarb sich ihre Freundschaft fürs Leben. Die grossen Kriege in den Jahren 1866, 1870, 1878 und 1880 führten ihn auf das Gebiet der Kriegshygiene, und der Ringtheater-Brand in Wien machte ihn zum Begründer des organisirten Rettungswesens. Obgleich somit Dr. Mundy Jahre hindurch seine vielseitige segensreiche Thätigkeit anderen Zweigen der Humanität zugewendet hatte, wurde er doch wiederholt als Berather bei der Errichtung von Irrenanstalten in Böhmen, Mähren und Nieder-Oesterreich herangezogen, konnte jedoch mit dem von ihm in Vorschlag gebrachten Reformen nicht durchdringen, weil die Fachärzte, wenige ausgenommen, die glänzenden Erfolge der Familienpflege in Gheel entweder nicht kannten oder zumindest dieselben als an locale Bedingungen geknüpft auffassten. Trotz aller Misserfolge hat Dr. J. Mundy unentwegt für sein Jugend-Ideal, die Reform des Irrenwesens, in Wort und Schrift gewirkt. Im Jahre 1864 veröffentlichte er in englischer Sprache einen „Kleinen Katechismus über die Nothwendigkeit und Möglichkeit einer radicalen Reform des Irrenwesens".*) Im Jahre 1876 verfasste er infolge einer Aufforderung des damaligen Landtags-Abgeordneten für Böhmen Grafen Rudolph Khevenhüller-Metsch bei Gelegenheit der zu fassenden Landtagsbeschlüsse hinsichtlich der Errichtung einer neuen Irrenanstalt in Böhmen einen Entwurf, welcher aber keine Berücksichtigung fand, da sich bekanntlich der böhmische Landtag gegen das in demselben vertretene Princip der Behandlung der Irren auf Landgütern**) entschied und 1750000 fl. für den Bau einer grossen geschlossenen Irrenanstalt bei Pilsen (Dobran) bewilligte. Die vom mährischen Landes-Ausschusse im März 1879 abgehaltene Enquête wegen der endgiltigen Regelung der Irrenfrage in der Markgrafschaft Mähren veranlasste Dr. Mundy, in der Eigenschaft eines zu den Verhandlungen berufenen Experten diesen Entwurf zum Zwecke eines eingehenden Meinungsaustausches den Enquête-Mitgliedern vorzutragen, wobei die in demselben niedergelegten und mündlich weitläufiger begründeten Anschauungen die vollste Billigung fanden. Am 5. Dezember 1884 hielt Dr. Mundy, als Schriftführer der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, im akademischen Gymnasium zu Wien einen gemeinverständlichen Vortrag über die von ihm stets verfochtene

*) In wortgetreuer Uebersetzung im Verlage der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft erschienen, Wien 1884.

**) „Die freie Behandlung der Irren auf Landgütern", erschienen im Verlage der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, Wien 1884.

Reform der Irrenpflege,*) welcher ihm den Beifall der zahlreichen Zuhörerschaft brachte. Nun, nachdem schon längst seine Leiche im Schosse der Erde vermodert, soll die Idee dieses unerschütterlichen Verfechters der Familienpflege Geisteskranker in Nieder-Oesterreich zur That werden. Die Kaiser-Jubiläums-Stiftung in Mauer-Oehling war auch für diesen humanitären Gedanken in Nieder-Oesterreich als Bahnbrecherin auserkoren".

— Erweiterung der **Familienpflege** in **Berlin** nach **belgischem** Muster. Für die neuen Irrenanstalten der Stadt Berlin unterbreitete Geheimrath Dr. Möli dem Magistrat in seiner Denkschrift sehr beachtenswerthe Vorschläge, namentlich in Bezug auf die Art und Grösse der vierten und fünften Anstalt. Zum besseren Verständniss sei vorausgeschickt, dass die beiden Anstalten Dalldorf und Herzberge für je tausend Patienten eingerichtet waren, oft aber weit über diese Zahl hinaus belegt werden mussten (Dalldorf bis 1350), und dass die dritte Irrenanstalt Buch von vornherein auf 1500 Kranke berechnet worden ist. Diese Zahl hält Geheimrath Dr. Möli auch für die vierte Anstalt für ausreichend; er schlägt auch vor, diese Anstalt, ebenso wie Buch, weniger nahe bei der Stadt zu etabliren, wie die beiden ersten Anstalten, und sie zu einer möglichst einfachen Behausung der Mehrzahl ihrer Kranken zu gestalten. Gegenüber den älteren Anstalten empfiehlt der Gelehrte verschiedene Aenderungen in Bezug auf den Lageplan sowohl, wie im Verhältniss der einzelnen Krankengruppen vorzusehen; ebenso wünscht er vollkommenere Einrichtungen für die Unterbringung der gewohnheitsmässig zu Gesetzesverletzungen gelangten Kranken, soweit diese eine besondere Trennung von den übrigen Gruppen erheischen. Ueber die Versuche, die Familienpflege ausgedehnter zu verwenden, schreibt Dr. Möli: Es sollen „Landasyle" kleineren Umfanges hergestellt werden bei Ortschaften, die eine Unterbringung zahlreicher Kranker in Familien nach dem Muster der belgischen, neuerdings auch französischen Colonien in Aussicht nehmen lassen. Man könnte daher an etwas Aehnliches auch für die Berliner städtische Fürsorge denken, wenigstens an den Versuch, wenn auch nicht einen grossen Bruchtheil von Kranken derart unterzubringen, so doch mit der vierten und fünften Anstalt solche Einrichtungen in Verbindung zu setzen. Das würde jedenfalls auf die Wahl des Ortes von Einfluss sein müssen, weniger auf die Grösse der Anstalt. Eine durchgreifende Herabsetzung des Bedürfnisses an Anstaltsplätzen wird allerdings auf diesem Wege nicht erwartet werden können; bei einer so grossen Aufgabe, wie die vorliegende, ist jedoch jedes Hilfsmittel willkommen, und deshalb ist eine solche Maassregel, wenn sie auch nicht zu entscheidender Entlastung der Anstalts-Fürsorge dienen kann, wenigstens im Auge zu behalten.

— **Zum Kapitel Irrenrecht.** Aus irrenärztlichen Kreisen ist vor Kurzem darauf hingewiesen worden, dass nach Lage der gegenwärtigen Gesetzgebung und Rechtsprechung es in den Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten nicht immer möglich ist, an den geistesschwachen Insassen seitens der Angestellten verübte Delikte, falls dies nur sogen. Antragsdelikte sind, der gerichtlichen Bestrafung zuzuführen; denn nach der Reichsgerichtsentscheidung vom 18. Januar 1901 ist in solchen Fällen nur die geistesschwache Person sebst antragsberechtigt. „Die meisten der „Geistesschwachen" und der vorläufig Bevormundeten — ich schätze ihre Gesammtzahl im deutschen Reiche auf ca. 30000 — befinden sich in geschlossenen Anstalten, öffentlichen wie privaten. Der „Geistesschwache", der dort einen Strafantrag stellen will, sei es wegen Misshandlung oder Beleidigung, steht nicht nur bezüglich seiner brieflichen Correspondenz unter Controlle (in Preussen Erlass des Cultusministeriums vom 23. December 1895) — die Briefe gehen durch die Hände des Pflegepersonals —, auch in mancher anderen Beziehung ist zu befürchten und wird vielleicht auch der „Geistesschwache" befürchten, dass er durch seinen selbständigen Antrag sich seine zukünftige Lage nur noch verschlimmert. In welcher Weise er z. B. vom Personal beeinflusst werden kann, einen Antrag zurückzuhalten, lässt sich gar nicht controliren. Da der Vormund nicht antragsberechtigt ist, dürfte dasselbe auch dem Anstaltsleiter nicht zukommen; sollte nicht auch mancher Anstaltsleiter bezw. -Besitzer ein grösseres Interesse daran haben, dass unliebsame Vorgänge seiner Anstalt der Erörterung im Gerichtssaal entzogen werden? Wenn er nun, bei gutem Willen dazu, gar nicht einmal antragsberechtigt ist, was soll dann aus der Gerechtigkeit in den Anstalten werden? (Deutsche Juristen-Zeitung, 1902, S. 173.)

Eine geradezu unglaubliche Lücke enthält aber in verwandter Beziehung der § 174[3] des deutschen Strafgesetzbuchs, welcher lautet: „Mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren werden bestraft Beamte, Aerzte oder andere Medicinalpersonen, welche in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hilflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind, wenn sie mit den in das Gefängniss oder in die Anstalt aufgenommenen Personen, unzüchtige Handlungen treiben." Eine in Anstalten für hülflose Personen, insbesondere Geistesschwache, an letzteren verübte unzüchtige Handlung kann, ja darf also nicht bestraft werden, wenn sie in einer Privatanstalt begangen wird! Handelt es sich um solche Privatanstalten, welche Idioten, also doch auch geistesschwache Personen, zum Zwecke der „Erziehung und Ausbildung", nicht zum Zwecke der „Pflege" beherbergen, so kann in obigem Falle ebenfalls keine Bestrafung erfolgen!

Man ersieht aus Vorstehendem, dass das zu erwartende Reichsirrengesetz (das „Reichsgesetz für Gehirnkranke"), soll es sich als eine wirkliche Reform erweisen, etwas mehr wird sein müssen als ein Extract bundesstaatlicher Ministerialerlasse über Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken u. s. w in und aus Anstalten. Es ergiebt sich ferner die Unzulässigkeit der von den Verwaltungen noch immer

*) „Beiträge zur Reform der Irrenpflege", von Dr. J. Mundy, nach stenographischen Aufzeichnungen erschienen im Verlage der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, Wien 1884.

gehandhabten Methode, der öffentlichen Fürsorge anheimgefallene, geistesschwache Personen, anstatt in eigenen, in privaten Anstalten (weltlichen und kirchlichen) unterzubringen. (Hier kommt allerdings in Betracht, dass die öffentlichen Anstalten zur Aufnahme aller in Betracht kommenden Personen nicht ausreichen werden. Red.)

Jedenfalls muss in dem neuen Gesetz die Verpflichtung des Anstaltsleiters zur gerichtlichen Anzeige aller an seinen Schutzbefohlenen begangenen strafbaren Handlungen, die zu seiner Kenntniss gelangen, ausgesprochen und die Nichtbeachtung dieser Vorschrift unter Strafe gestellt werden. Ferner ist bei strafbaren Handlungen, welche an unfreien Personen obiger Kategorien verübt werden, dem Staatsanwalt das Antragsrecht, das zugleich Pflicht ist, einzuräumen. (Frankf. Ztg. 5. VIII.)

— **Zur Aenderung des § 51 des Strafgesetzbuches**. Der im September zu Berlin tagende deutsche Juristentag wird sich mit der Frage beschäftigen, nach welchen Grundsätzen die Revision unseres jetzigen Strafgesetzbuches in Aussicht zu nehmen ist. Ueber diese Frage hat der bekannte Strafrechtslehrer Geheimrath Prof. v. Liszt in Berlin ein Gutachten*) erstattet, dem wir Folgendes entnehmen.

Die Forderung nach einer Neuregelung unserer Strafgesetzgebung ist ganz besonders dringend in Folge des Bedürfnisses nach einem ausgiebigeren Schutze der Rechtsordnung gegenüber der heutigen Gestaltung des gewerbsmässigen wie des nichtgewerbsmässigen Verbrechens. Insbesondere hat das nichtgewerbsmässige Verbrechen in den letzten Jahrzehnten eine wesentliche Umgestaltung aufzuweisen. Mehr und mehr zeigt es, zum Theil unter dem Einfluss des Alkoholmissbrauchs, insbesondere aber in Folge des verschärften, die Nervenkraft erschöpfenden Kampfes um's Dasein, neuropathische Züge. Es sind die „Minderwerthigen“, die Neurastheniker, die „Desequilibrirten“, die „vermindert Zurechnungsfähigen“, die dem nichtgewerbsmässigen Verbrechen unserer Tage den eigenartigen Stempel aufdrücken. Die zornige Erregung des Alkoholikers, wie die Dämmerungszustände des Epileptikers, die perversen Neigungen des Homosexualen, die Ladendiebstähle hysterischer Frauen der guten Gesellschaft, die Blutthaten der Messerstecher und Lustmörder, die herostratische Eitelkeit der anarchistischen „Propaganda der That“ — alle diese bekannten Erscheinungen der Kriminalität unserer Tage, die in dieser Massenhaftigkeit wenigstens, früheren Zeitabschnitten fremd gewesen sind: sie stellen den Strafgesetzgeber vor eine neue, überaus wichtige Aufgabe; das System unseres jetzigen St.-G.-B. erweist sich ihnen gegenüber als machtlos. Der § 51 mit seiner schroffen Scheidung des Zurechnungsfähigen und Nichtzurechnungsfähigen lässt uns nur die Wahl zwischen Freisprechung oder schwerer Bestrafung. Das Gesetz kennt aber weder die Sicherung der Gesellschaft gegen den zweifellos geisteskranken, gemeingefährlichen Verbrecher, noch kennt es die verminderte Zurechnungsfähigkeit und die mit ihr meist Hand in Hand gehende erhöhte Gemeingefährlichkeit. Nach beiden Richtungen bedarf das Gesetz der Umgestaltung. Liszt schlägt vor:

a) Zunächst muss dem erkennenden Strafgericht die Befugniss eingeräumt werden, den wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit Freigesprochenen, falls die öffentliche Sicherheit es erfordert, in eine Heil- oder Pflegeanstalt zu verweisen. Das verlangt nicht nur die Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit, die auf das Schwerste gefährdet würde, wenn die Einleitung des Entmündigungsverfahrens abgewartet werden sollte, sondern das verlangt auch die Rücksicht auf das Rechtsbewusstsein des Volkes. Der Kampf um die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, der sich so oft zwischen dem sachverständigen Arzte und dem Staatsanwalt oder gar dem Richter abspielt: er hat ja doch zumeist seinen Grund darin, dass der Richter sich scheut, das gemeingefährliche Individuum mit dem freisprechenden Urtheil auf die Gesellschaft los zu lassen. Je deutlicher aus der That und aus dem Verhalten des Thäters nach der That, insbesondere aus seinem Benehmen im Gerichtssaale, die „Bestie“ im Menschen erkennbar wird, desto mehr scheuen wir vor dem Gedanken zurück, als sei mit dem freisprechenden Urtheil das letzte Wort in dieser Sache von der Rechtsordnung gesprochen. Ganz anders liegt die Sache, wenn mit der Freisprechung sofort die Ueberweisung in eine Irrenanstalt verbunden wird. Daher schlägt Liszt vor, dem § 51 des St.-G.-B. einen 2. Absatz in etwa folgender Fassung anzufügen: „Erscheint der Beschuldigte als gemeingefährlich, so ist in dem Einstellungsbeschluss oder dem freisprechenden Urtheile zugleich seine Ueberweisung an eine Heil- oder Pflegeanstalt zu verfügen.“

b) Der § 51 bedarf auch einer weiteren Ergänzung durch Aufnahme von Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Diese Fälle sind ungleich wichtiger als die eben besprochenen. Nicht nur wegen ihrer stets wachsenden Zahl, sondern wegen der häufig gegebenen besonderen Gemeingefährlichkeit der hierher gehörigen Personen. Die Milderung der Strafe in diesen Fällen dürfte den heute überwiegend herrschenden Rechtsanschauungen entsprechen und mag daher von dem Gesetzgeber ausdrücklich ausgesprochen werden. Doch legt darauf v. Liszt in Folge der Spannweite des Strafrahmen weniger Gewicht. Ungleich wichtiger erscheint ihm, dass auch hier dem Strafrichter die Befugniss gegeben wird, die Einweisung in eine Heil- oder Pflegeanstalt zu verfügen, wenn dies im Interesse der öffentlichen Sicherheit als nothwendig erscheint. Daher schlägt v. Liszt einen neuen § 51a etwa dahin vor: „Ist die Zurechnungsfähigkeit des Beschuldigten nicht aufgehoben, sondern nur gemindert, so kann der Richter die angedrohte Strafe bis unter das angedrohte Mindestmaass mildern. Erscheint der vermindert Zurechnungsfähige als gemein-

*) I. Band der Verhandlungen des 26. deutschen Juristentages. Verlag von J. Guttentag, Berlin 1902.

gefährlich, so ist in dem Urtheile die Ueberweisung an eine Heil- oder Pflegeanstalt nach verbüsster Strafe zu verfügen."

Auf die nähere Ausgestaltung der Fürsorge durch die Anstalten geht v. Liszt nur andeutungsweise ein. Die Entlassung aus der Anstalt würde er nur auf Grund eines Gerichtsbeschlusses für angebracht halten. Fr. G.

Referate.

— Die Träume. Medicinisch-psychologische Untersuchungen von Dr. Sante de Sanctis, Prof. d. Psychiatrie in Rom. Uebersetzt von Dr. O. Schmidt, nebst Einführung von Dr. P. J. Möbius. Halle a. S. Carl Marhold, 1901.

Ein Buch, dem Möbius das Geleite giebt, kann nicht uninteressant sein; und in dieser Annahme sieht man sich auch nicht getäuscht, wenn man das de S.'sche Buch gelesen hat. Eine fleissige Arbeit, der man die Liebe zum Gegenstande anmerkt. De Sanctis beschäftigt sich seit Jahren mit dem Studium der Träume und sind als Ergebniss desselben bereits mehrere Arbeiten von ihm erschienen; die uns vorliegende Arbeit fasst das Resultat aller seiner bisherigen bezüglichen Untersuchungen zusammen, giebt aber auch auf Grund der überaus umfangreichen einschlägigen Litteratur eine sehr gute Uebersicht über die hierher gehörigen Leistungen Anderer und streift kritisch manche der vielen Theorien, die auf diesem dem Mystischen so nahe liegenden Gebiete aufgestellt wurden. Vf. selbst ist bestrebt, sich von der Aufstellung von Theorien und Hypothesen möglichst fern zu halten und will nur eine „Sammlung von Thatsachen" geben. Bei dem Dunkel, das den behandelten Gegenstand umgiebt, ist es aber nicht zu verwundern, wenn Vf. trotzdem von dem sichern Boden der Thatsachen oft abgleitet und auf das lockere Terrain der Hypothesen geräth. Der Eifer, mit dem er seinen Studien oblag, führt ihn auch oft zu etwas weitgehenden Folgerungen; insbesondere misst er den Träumen in diagnostischer Beziehung zu viel Bedeutung bei; auch die Bewerthung derselben als ätiologischen Factors bei Geisteskrankheiten dürfte bei den Irrenärzten vielfachem Widerspruche begegnen; Ref. wenigstens sah unter der ziemlich grossen Zahl von Fällen, die er beobachtete, bisher keinen einzigen, in dem die Psychose durch einen Traum veranlasst worden wäre. Ebenso dürfte das über die „Traumäquivalente" Gesagte nicht ungetheilte Zustimmung finden; der Begriff ist zum Theil unklar gefasst, zum Theil deckt er sich vollkommen mit dem der gut bekannten epileptischen Aequivalente. —

Mit diesen Bemerkungen soll jedoch der Werth der Arbeit keineswegs geschmälert werden. Erscheint uns auch manche Annahme irrthümlich, können wir uns auch mit Auffassungen, wie die (p. 149) „dass dem Traumbild des Gemeingefühls ein gewisses Vorherschauen von Ereignissen, die sich in unserm Körper in einer mehr oder weniger fernen Zeit vollziehen werden, und eine gewisse manchmal überraschende Erinnerung an solche innere Ereignisse zukommt, welche unserem Wachbewusstsein völlig unbekannt geblieben sind" nicht sehr befreunden, so sind doch die Ausführungen durchwegs interessant und zum Nachdenken und zum Nacharbeiten anregend. Die Erforschung des Traumlebens ist vom psychologischen, wie psychopathologischen Gesichtspunkte höchst wichtig und in der Fülle sorgfältig durchgeführter Untersuchungen und Beobachtungen, die in dem 256 Seiten starken Buche mitgetheilt werden, wird der Psycholog, wie der Psychiater viele werthvolle Angaben finden. Die Träume des Säuglings, wie des Erwachsenen, des normalen, wie des degenerierten Menschen, des Geistesgesunden, wie des Geisteskranken sind in gleicher Weise Gegenstand ausführlicher Erörterungen. Auf Einzelheiten hier einzugehen, ist unmöglich und muss darum das Buch zur Lectüre nur um so wärmer empfohlen werden. Epstein.

Bibliographie.

Journal of Mental Science. Juli, 1902.

Report of the Tuberculosis Committee of the Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland.

Original Articles:

T. S. Clouston, Toxæmia in the Etiology of Mental Disease: a Discussion opened.

T. Claye Shaw, The Surgical Treatment of Delusional Insanity based upon its Physiological Study.

Henry Rayner, Sleep in Relation to Narcotics in the Treatment of Mental Disease.

Robert Jones, Notes on some Cases of Morphinomania.

Lionel Weatherly, The Evolution of Delusions in some Cases of Melancholia.

T. P. Cowen, Pupillary Symptoms in the Insane, and their Import.

N. H. Macmillan, The Prophylaxis and Treatment of Asylum Dysentery.

Prof. Knud Pontoppidon, The Psychiatric Wards in the Copenhagen Hospital.

Clinical Notes and Cases:

Francis O. Simpson, Calcification of the Pericardium.

Stephen G. Longworth, Hæmatoma of the Cerebral Dura Mater (Pachimeningitis Interna Hæmorrhagica) associated with Hæmorrhage from the Colon.

Personalnachricht.

— Kopenhagen. Dr. D. E. Jacobsohn, Specialarzt für Nervenkrankheiten, wurde zum Professor ernannt.

— Moskau. Dr. A. Bernstein habilitirte sich als Privatdozent für Neurologie und Psychiatrie.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 23. 6. September. 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Erklärung.

Herr Dr. W. N. Clemm in Darmstadt hat in der „Med. Woche" (Nr. 27 u. 28) einen Aufsatz über „Alkohol als Genuss-, als Nahrungs- und als Heilmittel" veröffentlicht. Auf dem Umschlag des S.-A.*) ist gedruckt: „Herrn P. J. Möbius zugeeignet." Da der Aufsatz auf eine Verherrlichung des Alkohols hinausläuft und überhaupt auf falschen Anschauungen beruht, so muss ich erklären, dass ich nichts damit zu schaffen habe, und ich bedauere, dass mein Name darauf steht.

P. J. Möbius.

*) Auch über dem Original in der „Med. Woche". (Red.)

Die beiden ersten Jahre in Galkhausen.*)

Von Dr. med. *M. Lückerath*, Assistenzarzt der Anstalt.

Am 1. März sind es 2 Jahre geworden, seit die Anstalt Galkhausen als neuste rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt dem Betrieb übergeben worden ist, und da sie in mancher Hinsicht einen von den anderen rhein. Anstalten abweichenden Typus darstellt, rechtfertigt es sich wohl, einen kurzen Ueberblick über ihre bisherige Thätigkeit zu geben. Da Sie sich nachher durch einen Rundgang, dem Herr Direktor Herting einige erläuternde Bemerkungen vorausschicken wird, über die baulichen Einrichtungen orientieren werden, kann ich es mir versagen, Ihre Aufmerksamkeit darüber länger in Anspruch zu nehmen und verweise sie auch des weitern auf die eingehende Schilderung der Anstalt, die Herr Direktor Herting vor kurzem veröffentlicht hat.*) Ich will nur soviel bemerken: da man erkannt hat, dass man den Geisteskranken viel mehr Freiheit gewähren

*) Nach einem Vortrag, gehalten auf der 69. General-Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.

*) Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 21. Jahrgang 1 und 2.

kann als man früher zu thun geneigt war, so hat als oberstes Gesetz, als Richtschnur bei dem Bau von Galkhausen das Bestreben gedient, alles möglichst zu vermeiden, was an Zwang irgend wie erinnern könnte, so dass sich die Anstalt in Bau und Einrichtungen nicht von anderen Krankenhäusern unterscheidet und die einzelnen Häuser Privathäusern so ähnlich sehen wie nur eben möglich.

Dass hier die Forderungen der modernen Hygiene bis ins kleinste erfüllt sind, brauche ich eigentlich nicht besonders zu erwähnen.

Die Einrichtung ist in allen Häusern dieselbe; gleichgültig, ob sie zur Aufnahme für ruhige oder unruhige Kranke bestimmt sind. An keinem Hause sind Gitter angebracht, die Fenster sind von dünnem Glas, auch in den Wachsälen; zum Speisen dienen Tassen, Teller, Schüsseln und Gläser wie in jedem Privathaus, die Speisen stehen Mittags und Abends auf dem Tisch, so dass jeder selbst zugreifen kann, auch im unruhigen Hause; zum Waschen dienen Porzellanschüsseln, jeder Kranke hat sein eigenes Handtuch, wer wünscht und Verständniss dafür besitzt, erhält eine Zahnbürste; überall sind Gardinen angebracht, und in allen Häusern ist das leichte handliche Mobilar, wie man es auch in einem Privathause in Gebrauch hat.

Der Betrieb wurde am 1. März 1900 mit der Ueberweisung von 25 Männer und 69 Frauen aus der Kölner Anstalt Lindenburg eröffnet. Mitte März folgten dann 80 Kranke aus Mariaberg und damit war der Ausgangspunkt für die weitere Ausgestaltung des Anstaltsbetriebes gegeben. Wer die Anstalt zu jener Zeit gesehen hat, als sie noch recht unfertig war und es an allen Ecken und Enden haperte, als kaum ein Gebäude fertig war und die meisten Gärten noch fehlten, und als die Wege und Anlagen sich noch in recht unvollkommenem Zutande befanden, der konnte die Schönheit des Ganzen, wie es sich Ihnen heute präsentiert, wo es wie ein grosser Schmuckkasten vor Ihnen liegt, nur ahnen, wie man die Schönheit eines Monumentes auch nur vermuthen kann, wenn man einen roh zugehauenen Marmorblock sieht und weiss, dass er von eines Künstlers Hand behauen werden soll.

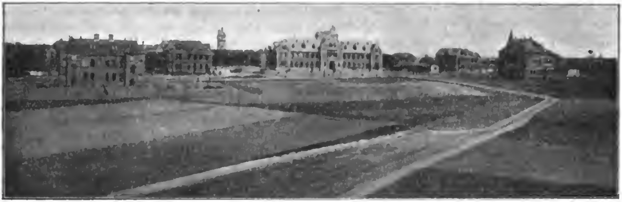
Naturgemäss war die weitere Entwicklung vorerst eine langsame, und da die Zahl der fertigen Gebäude eine kleine war, wurde uns zunächst nur die Hälfte der Aufnahmen der Stadt Köln zugewiesen, deren andere Hälfte bei der Anstalt Bonn blieb. Am 1. Jan. 1901 konnten uns die Aufnahmebezirke Barmen, Lennep, Remscheid und Solingen Stadt und Land zugewiesen werden, zu denen sich dann einige Zeit später, am 1. Novbr. 1901, noch die Stadt Elberfeld gesellte. Ausserdem wurde uns aus den rhein. Anstalten Andernach, Bonn, Düren und Grafenberg zu ihrer Entlastung eine grössere Anzahl von Kranken zugeschickt. Immerhin betrug die Aufnahmeziffer im ersten Etatsjahre 290 Kranke und zwar 160 Männer und 130 Frauen, davon 102 aus andern Anstalten, nämlich 56 Männer und 46 Frauen; im zweiten Etatsjahre haben wir 486 Kranke aufgenommen, 254 Männer und 232 Frauen, davon 194 aus andern Anstalten und zwar 88 Männer und 106 Frauen.

Das Aufnahme-Material recrutiert sich also aus den Grossstädten Köln, Elberfeld-Barmen und den industriereichen Bezirken des bergischen Landes Lennep, Remscheid und Solingen. Vornehmlich sind also durch uns die beiden grossen Anstalten Bonn und Grafenberg entlastet worden. Den Aufnahmen steht im ersten Etatsjahr ein Abgang von 113 Kranken gegenüber, davon 29 Todesfälle, im zweiten Jahre von 252 Kranken, davon 71 Todesfälle. Der Bestand am 31. März 1902 betrug 586 Kranke, 300 Männer und 286 Frauen.

Die aufgenommenen Kranken werden in der Regel zunächst in der Centralanstalt untergebracht, d. h. in den geschlossenen Häusern, wozu das Aufnahme- und Ueberwachungshaus, das Haus für die unruhigen Kranken und das halboffene Haus gehört. Die Unterbringung erfolgt natürlich nach den allenthalben üblichen Grundsätzen. Im Aufnahme-Haus befinden sich 2, im unruhigen Haus und ausserdem im Lazareth befindet sich je ein Wachsaal für die entsprechenden Kranken. In die offenen Häuser kommen die Aufnahmen nur ausnahmsweise; es konnten z. B. von den uns aus den andern Anstalten überwiesenen Kranken manche ohne weiteres dort untergebracht werden, weil sie uns bekannt waren. In der Regel erfolgt die Versetzung in die freien Häuser erst nach einer mehr weniger langen Beobachtungsfrist. Eine Art Uebergangsstation dahin stellt das sog. halboffene Haus dar, in welchem den Kranken innerhalb der einzelnen Räume und im Garten freie Bewegung gewährt ist, wo ihnen beim Essen Messer und Gabel zur Verfügung steht, und wo sie die Fenster selbst öffnen können. In den freien Häusern ist auch der letzte Zwang vermieden, die Thüren stehen offen, die Leute können ein und ausgehen, haben freie Bewegung und sind nur an die Hausordnung gebunden.

Was das Verhalten der Kranken im Allgemeinen angeht, so muss ich gestehen, dass ich im Anfang darüber oft überrascht war. Das gilt namentlich von den Kranken, die aus andern Anstalten hierhin versetzt worden sind, die mir zum grossen Teil bekannt

waren, und über die uns die Krankengeschichten genaue Auskunft gaben. Ich habe nicht ohne Besorgniss im Anfang die einfache und freundliche Ausstattung bes. im unruhigen Hause und Wachsaal betrachtet und war sehr gespannt zu sehen, wie die Kranken darauf reagiren würden; ich war recht erstaunt, dass die dünnen Möbel und Fensterscheiben etc. so selten als Zielscheibe bei den Explosionen der Kranken benutzt wurden. Die Kranken fühlten sich ersichtlich wohl hier, und wie gut sie sich schickten, dafür spricht die Thatsache, dass im unruhigen Wachsaal bisher nur einmal eine Gardine herabgerissen worden ist. Auffallend gut haben sich auch die Kranken aus Mariaberg hier eingelebt, ohne uns durch unangenehme Eigenschaften viel zu schaffen zu machen, und gerade ihnen ging nicht der beste Ruf voraus. Und viele von den Patienten, die sich in den andern Anstalten nach den Krankenjournalen meist auf den unruhigen oder halbruhigen Abtheilungen befunden haben, konnten hier sehr bald in freie Häuser verlegt werden. Gar mancher urtheilsfähige Patient hat sich darüber ausgesprochen, dass ihn früher die Gitter und das ganze Milieu permanent gereizt hätten, und dass er sich hier viel wohler fühle, weil ihm der Anstaltszwang nicht so zum Bewusstsein komme, wie früher. Nun ist es ja bekannt, dass Versetzungen oft einen günstigen Einfluss auf das Befinden der Kranken ausüben, und das natürlich um so mehr, wenn sie in äusserlich freundlichere Verhältnisse erfolgt. Uebt doch das Milieu, in dem der Mensch lebt, auch bei gesunden nicht selten einen bestimmenden Einfluss auf seinen Charakter aus. Ich halte das Milieu für einen ausserordentlich wichtigen Heilfaktor bei der Behandlung der Psychosen. Durchweg halten sich die Kranken recht gut, ordentlich in der Kleidung; selten, dass einer versucht auf der Erde herumzuliegen; in den Gärten halten sie sich meist an die Wege und demoliren namentlich die Sträucher und Anpflanzungen nicht; auf feste Kittel, Schlossschuhe etc. haben wir von Anfang an verzichtet und sie auch nie entbehrt; es herrscht im Ganzen eine wohlthuende Ordnung auf allen Abtheilungen.



Eine wesentliche Errungenschaft der Verhältnisse möchte ich darin erblicken, dass die Erregungszustände der Kranken im Ganzen einen milden Charakter beibehalten haben. So heftige Erregungen, wie ich sie früher gesehen, habe ich hier kaum zu beobachten Gelegenheit gehabt. Das kann nicht am Material liegen, denn das ist das gleiche wie in den anderen Anstalten, es kann auch nicht daran liegen, dass die Kranken, soweit hier die in Betracht kommen, die wir aus anderen Anstalten bekommen haben, im Laufe der Zeit mehr verblödet wären, auch sind die Behandlungsgrundsätze ja dieselben wie in den anderen Anstalten, sondern es ist wohl als die Folge und der Erfolg des ganzen Milieus, der freien Verhältnisse aufzufassen. Speciell die Erregungszustände der Epileptiker, deren wir ja eine grosse Zahl hier beherbergen, sind im ganzen recht milde geblieben. Das alte Personal, das aus Mariaberg mitgekommen ist und die alten Pfleglinge von dort genügend kannte, konnte sich nicht genug über die so ganz andere ruhigere und bessere Haltung der Kranken und das Ausbleiben der von ihm angekündigten und gefürchteten Erregungszustände wundern. Die einzigen, die uns wirklich Mühen und Scheerereien machen, das sind hier, wie überall die Degenerirten gewesen, diese crux aller Anstaltsärzte. Wenn irgend einmal ordentlicher Lärm herrschte oder in ausgiebiger Weise etwas entzwei geschlagen wurde oder eine Fensterscheibe klirrte, dann war mit ziemlicher Sicherheit darauf zu rechnen, dass von dieser Kategorie jemand die Hand im Spiele hatte. Wir sind natürlich am besten mit ihnen gefahren, indem wir ihnen möglichst viel Freiheit gewährten, d. h. sie thunlichst in den freien Häusern unterbrachten.

Dagegen haben die Alkoholisten und die Verbrecher, von denen wir in den 2 Jahren eine grosse

Zahl aufgenommen haben, sich im Ganzen gut gehalten.

In den freien Häusern befindet sich ein ziemlich grosser Procentsatz der Kranken. Vornehmlich und als Krystallisationspunkt Pfleglinge, dann aber auch viele Reconvalescenten, und bei der Versetzung dahin sind wir nie engherzig gewesen und haben das auch nicht zu bereuen brauchen. So mancher Kranke, der nur auf Flucht sann und durch seine unangenehmen Eigenschaften lästig wurde, war wie umgewandelt, wenn er in ein offenes Haus versetzt wurde. Von Schwängerungen sind wir glücklicherweise verschont geblieben, dagegen waren wir doch gelegentlich genöthigt, dem einen und andern die Freiheit zu entziehen, weil er sich in verdächtiger Weise Kindern genähert hatte, oder weil er sich den Bewohnern der Umgebung durch sein Benehmen auffällig gemacht hatte. Entfernt haben sich natürlich eine ganze Anzahl von Kranken, sowohl aus den offenen Häusern wie aus der Centrale. Die meisten haben wir zu Hause gelassen, die andern wurden in wenigen Stunden oder in den nächsten Tagen zurückgebracht.

Die Behandlung richtete sich nach den allgemein üblichen und erprobten Grundsätzen. In erster Linie ist natürlich von der Bettbehandlung ausgedehnter Gebrauch gemacht worden, vornehmlich bei acuten Psychosen, dann aber auch bei den im Verlaufe chronischer Krankheiten sich einstellenden Erregungszustände und selbstverständlich auch bei siechen Kranken. Schätzenswerth ist sie wohl besonders als Anstaltsregime, und man kann sagen, dass durch sie die Abtheilungen zu einem ruhigeren und wohnlicheren Aufenthalt geworden sind.

Aus diesem Grunde haben wir auch manche chronische Kranke im Bett gehalten, wenn uns die Erfahrung zeigte, dass die Bethätigung ihrer üblen Angewohnheiten dadurch verhindert wurde. Ausserordentlich angenehm sind für uns die an jedem Haus angebrachten Veranden, die es uns ermöglichen, die Betten mit den Kranken bei gutem Wetter in's Freie zu schieben. Wir lassen übrigens eine ganze Anzahl von Patienten, die der Bettbehandlung unterworfen sind, Nachmittags für einige Stunden sich in den Gärten ergehen. Es muss freilich grosses Gewicht auf die Vertheilung der Kranken bei der Bettbehandlung gelegt werden, damit Elemente, die nicht zu einander passen, möglichst getrennt werden und damit sie sich nicht gegenseitig aufregen.

Bäder sind in reichlichem Maasse gegeben worden, auch Dauerbäder, soweit die Einrichtungen dies gestatteten, obwohl ich gestehen muss, dass auch sie uns bei manchen Erregungen im Stiche lassen. Die Einrichtung von Dauerbädern, die auch Nachts weiter gegeben werden, wie dies in Heidelberg und Frankfurt geschieht, will mir a priori nicht sehr sympathisch erscheinen. Ich habe zwar keine persönliche Erfahrung darüber, indess erscheint mir doch aus manchen Gründen sehr fraglich, ob sie das Bürgerrecht in der Psychiatrie erwerben werden.

Einen reichlichen Gebrauch haben wir auch von den feuchten Einpackungen von 2—3 stündlicher Dauer gemacht, einmal, weil zuweilen die Badegelegenheit gar nicht ausreichte und dann, weil die feuchte Einpackung in manchen Fällen die Wirkung eines Kurbades weit übertrifft. Wir haben sie in der Art angewandt, wie sie auch anderorts, z. B. in Grafenburg, üblich ist, ohne die dazu benutzten Tücher zuletzt durch Binden zu befestigen, so dass es für den Patienten ein leichtes ist, sich aus der Einpackung zu befreien, wenn sie ihm nicht behagt. Der Einwand, dass sie ein beschränkendes Zwangsmittel ist, lässt sich bei dieser Art der Anwendung nicht erheben. Es wird übrigens Abstand von ihr genommen, wenn der Kranke sie sich nicht gefallen lässt. In einen oder andern Fall verursacht sie bei längerer Anwendung die Entstehung von Acnepusteln und kleinen Furunkeln und ist dann natürlich auszusetzen.

Was die Narcotica angeht, so haben wir zeitweise einen ausgedehnten Gebrauch von ihnen machen müssen. Auf der Männerseite war der Consum gering, doch muss ich ehrlich gestehen, dass wir auf der Frauenseite ohne sie wohl nicht gut ausgekommen wären. Ich kann den Standpunkt der Psychyater nicht theilen, die sie grundsätzlich verwerfen, und kann nur mit Bleuler*) übereinstimmen, der in ihrer Versagung unter Umständen eine Grausamkeit erblickt. Für den Kräfteverbrauch so manches erregten Patienten ist eine, wenn auch nur vorübergehende, Zeit der Ruhe, des Schlafes, doch gewiss nicht zu unterschätzen und manchmal auch nur durch Schlafmittel zu erreichen. Und ausserdem haben wir nicht nur auf einen, sondern auf alle Kranke Rücksicht zu nehmen. Es ist durchaus nicht allen Patienten gleichgültig, ob in ihrer Umgebung Ruhe oder Lärm herrscht. Und zudem steckt der eine den andern mit seiner Unruhe nur zu oft an, das ist eine alte Erfahrungsthatsache. Man muss sich nur einmal selbst lange auf einer unruhigen Abtheilung befunden haben und die nervenerregende Wirkung eines stundenlangen Schreiens oder Schimpfens an sich selbst empfunden haben, dann wird man die Klage vieler Patienten über die Unruhe verstehen

*) Psychiatr. Wochenschrift, III, Nr. 49.

und ihr abzuhelfen suchen. Sind die einen ausserordentlich stumpf in dieser Beziehung, so sind die andern um so empfindlicher. Wir haben auf dem unruhigen Frauenwachsaal eine Kranke, die gelegentlich Abends anfängt mit lauter Stimme zu singen — lediglich weil ihr das Spass macht, wie sie sagt — und es ist keine Patti, die da ihre Stimme ertönen lässt, das kann ich Ihnen versichern. Nun, in's Bad setzen können wir die Frau Abends nicht mehr, es nützt bei ihr auch nichts, aber wenn nicht bald eingeschritten wird, so stimmen eine Anzahl von Kranken bald ein und es giebt ein Concert, das Stein erweichen, Menschen rasend machen kann, und über das die andern sich mit Recht beklagen. Da wäre es doch Unvernunft, wenn wir die Kranke nicht durch ein Schlafmittel beruhigen wollten.

Zur Anwendung kommen Trional, Sulfonal, Chloral, Paraldehyd, Amylenhydrat, Opium, Morphium, Brom; von neueren Mitteln hat sich als wirklich schätzenswerth in Gaben von 1—3 g Dormiol bewiesen, das namentlich bei älteren Leuten mit schwachem Gefässsystem gute Dienste leistet und längere Zeit hindurch ohne Schaden gegeben werden kann. Auch Scopolamin wird angewandt. Ich freue mich, dass Kreuser-Schussenried*) es jüngst wieder empfohlen hat. Ich halte es nach all den Jahren, in denen ich es habe anwenden sehen und selbst angewandt habe, gelegentlich für das beste von den Mitteln, die uns zur Verfügung stehen, und halte es auch für ein ungefährliches Mittel. Zum ersten lässt es fast nie im Stich, zum zweiten habe ich in 6 Jahren noch keinen wirklichen Nachtheil davon gesehen, obwohl ich es auch stellenweise in hohen Dosen bis zu 2 mg subcutan angewandt habe. Die kleinen üblen Nebenwirkungen als Gefühl der Trockenheit, gelegentlich Gefühl der Trunkenheit, gehen schnell vorüber, und unangenehm wird nur von dem einen oder andern die den folgenden Tag bestehende Accomodationslähmung empfunden. Man darf es nur nicht längere Zeit hindurch regelmässig geben, da sich dann eine Art Cachexie einstellt. Nun, eine längere regelmässige Anwendung verbietet sich ja bei den meisten Narcoticis. Die beste Anwendung ist subcutan, und gewöhnlich kommt man mit $^1/_2$ — 1 mg aus.

Bei vielen periodischen Erregungszuständen, bei denen sich durch Curven eine grosse Regelmässigkeit nachweisen liess, haben wir nach dem Beispiel von Hitzig eine Atropinkur eingeleitet. Wir haben leider nie besonders viel Erfolge damit erzielt. Einen wirklich eklatanten Erfolg habe ich nur einmal seinerzeit in Bonn gesehen; in all den übrigen Fällen — und ich habe es sehr oft versucht und wende es immer noch an — war der beste Erfolg gelegentlich die Thatsache, dass die Erregung etwas später einsetzte oder vielleicht nicht ganz so stürmisch verlief. Ich habe dabei oft die Beobachtung gemacht, dass die Pupillen trotz häufiger Atropininjection eng bez. mittelweit blieben, mit dem Tage jedoch, mit dem die Erregung einsetzte, sich ad maximum erweiterten.

Das moderne Schlagwort von der zellenlosen Behandlung hat natürlich auch in unserer Anstalt seinen Widerhall gefunden, und wie man meines Wissens schon vor Jahren in Andernach die Isolirungen abgeschafft hat, so haben auch wir versucht, ohne sie auszukommen. Im ersten Jahre ist an zwei aufeinanderfolgenden Tagen eine Patientin isolirt worden, eigentlich nur des völlig unerfahrenen Personals wegen, seitdem ist in unserer Anstalt von der Zelle kein Gebrauch gemacht worden.

Es ist ohne Isolirung gegangen. Ich möchte aber für meine Person aus der zellenlosen Behandlung kein Princip machen. Bleuler hat vor kurzem in der Psychiatr. Wochenschrift*) seine Ansicht darüber niedergelegt, und seine Ausführungen sind mir, wie alles was ich von ihm über Behandlung gelesen habe, sehr sympathisch und als sehr practisch erschienen. Er spricht sich entschieden gegen das Princip der zellenlosen Behandlung aus. Es ist eben beim Isoliren eine strenge Auswahl zu treffen. Ein Theil von Kranken, z. B. solche, die zum Schmieren neigen, gehört nicht in die Zelle, für einen andern ist gelegentlich die vorübergehende Isolirung eine Wohlthat, oder sie ist für die Umgebung eine Wohlthat, während sie für den Betreffenden wenigstens unschädlich ist. Auf die Isolirung ebenso wie auf die Narcotica völlig Verzicht leisten, das heisst doch wohl allzu sehr alles über einen Kamm scheeren und von vornherein auf jegliches Individualisiren verzichten. Neuerdings mehren sich auch die Stimmen, die die Bewegung der zellenlosen Behandlung einzudämmen suchen, so der eben genannte Kreuser**), der auf der 32. südwestdeutschen Psychiater-Versammlung am 2. und 3. November 1901 mit seinen diesbezüglichen Ausführungen keinen Widerspruch gefunden hat, so Sander ebendaselbst, der die Isolirung in vereinzelten Fällen für den mildesten Eingriff hält, so Jolly***), der die Bemerkung macht, dass das extreme Ziel der Fanatiker in dieser Frage ebensowenig verwirklicht zu werden braucht wie in der Frage der Alko-

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 59. Bd., Heft 1.

*) III. Jahrgang, Nr. 49.

**) l. c.

***) citirt nach d. Psych.-neurol. Wochenschrift VI, Heft 1, S. 10.

holabstinenz; ich möchte hinzufügen, wie auch in der Frage der Abstinenz von Narcotica. Es darf doch wohl überhaupt bei einer Wissenschaft, die in Fluss begriffen ist, keine starre für alle Fälle festgeltenden Principien geben.

Uebrigens bin ich der Ansicht, dass auch hier im einen oder andern Falle eine Isolirung nicht unzweckmässig gewesen wäre, wir haben aber darauf verzichtet, um die zellenlose Behandlung in praxi kennen zu lernen.

Die Versetzung aus der Centralanstalt in die offenen Häuser ist als Behandlungsmethode oft von uns in Anwendung gebracht worden und zwar meist mit gutem Erfolg. Unthätige Kranke wurden zu fleissigen Arbeitern, unzufriedene Nörgler zu friedlichen Staatsbürgern, zanksüchtige Elemente zu friedfertigen umgänglichen Menschen umgewandelt.

Leider zwang uns die Ueberfüllung einzelner Abtheilungen bes. der Lazarethe manchmal zur Versetzung von Kranken in die freien Villen, die wir lieber nicht dorthin gebracht hätten. Aber es ist geradezu unglaublich, wie viel senil demente hinfällige Personen zeitweise zur Aufnahme gelangten, so dass die Lazarethe doppelt so gross für sie alle sein müssten. Namentlich hat Köln uns zeitweise mit solchen Kranken aus seinen Versorgungshäusern bedacht, so bekamen wir z. B. einmal in einer Woche aus Köln 5 Kranke, die zusammen das respectable Alter von 387 Jahren besassen, also durchschnittlich 77 Jahre pro Kopf. Infolge dieses Materials haben wir besondere Sorgfalt auf die Verhütung der Unreinlichkeit gelegt, und da haben uns Einläufe, die sehr viel gemacht werden, gute Dienste geleistet. Dann ist auch in den Lazarethen eine Nachtwache eingerichtet, die genaue Vorschrift bekommt, welche Kranken und wie oft sie aufzuheben sind, und seitdem gehört Unreinlichkeit dort wirklich zu den Seltenheiten. Die Kranken lassen sich das Aufheben Nachts mit Unterbrechung ihres Schlafes merkwürdig gut gefallen, und ich habe trotz Umfrage bei dem Personal und den Kranken nie Klagen darüber gehört. Für hinfällige Personen steht natürlich ein Steckbecken zur Verfügung.

Bezüglich der Arbeit hat sich auch hier wieder gezeigt, dass auch die Bevölkerung der Gross- und Industriestädte für die Landwirthschaft wohl zu brauchen ist. Der Procentsatz der Arbeiter bewegt sich so ziemlich in denselben Zahlen wie bei den anderen Anstalten.

Mit der Entlassung von Kranken sind wir stets liberal gewesen, und wir haben auch hier die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten sich draussen halten, die im medic. Sinne als ungeheilt entlassen werden mussten.

Nur nebenbei will ich bemerken, dass wir von Epidemien, einige Influenzafälle im ersten Jahre ausgenommen, verschont geblieben sind; wir können besonders von Glück sagen, dass wir im ersten Jahre von Darmerkrankungen so gut wie frei geblieben sind, obwohl wir damals unter misslichen Trinkwasser-Verhältnissen zu leiden hatten.

Die Zahl der Sterbefälle war eine ziemlich hohe, was bei der grossen Zahl von Paralytikern und senilen Psychosen, die zur Aufnahme gelangte, nicht verwunderlich erscheint. Ausserordentlich gross war die Zahl der Fälle, bei denen wir post mortem Zeichen von langsam verlaufender Lungentuberculose fanden; es waren das fast ausnahmslos Kranke, die schon seit Jahren sich in Anstalten befanden, und bei denen die Tuberculose eigentlich nie bes. in Erscheinung getreten war.

Das Personal unserer Anstalt hat sehr viel gewechselt, was sich natürlich oft unangenehm bemerkbar gemacht hat. Namentlich erscheint dadurch der Nutzen des ihm ertheilten Unterrichtes ziemlich illusorisch.

Besonders grobe Vergehen sind nicht vorgekommen und es ist nicht schlechter und besser als sonst auch; voraussichtlich werden ja diese Zustände in absehbarer Zeit auch nicht anders werden. Wie in manchen andern Anstalten, so nimmt auch hier das Personal das Essen gemeinsam in 2 Gruppen in einem bestimmten Speisezimmer ein, so dass es während der Mahlzeiten von jeder Sorge um die Kranken völlig befreit ist. Diese Einrichtung hat sich entschieden bewährt. Für einige verheirathete Pfleger sind schon Wohnungen ausserhalb der Anstalt geschaffen, für andere wird noch gesorgt; vielleicht lässt sich hier später der Grund zu einer Familienpflege legen.

Ich habe Ihnen, meine Herren, bei der mir zu Gebote stehenden Zeit, natürlich nur einen Ueberblick über den Betrieb der Anstalt Galkhausen geben wollen; viele Punkte habe ich gar nicht berühren können und auf Details einzugehen habe ich mir versagen müssen. Ich hoffe aber, in Ihnen die Ueberzeugung erweckt zu haben, dass wir nicht schlechter abschneiden wie die anderen Anstalten und die Ueberzeugung, dass die Psychiatrie mit der Errichtung solcher Anstalten wie die hiesige, bei der die Errungenschaften unserer Disciplin, namentlich der letzten 25 Jahre, in ausgedehnterem Maasse verwirklicht werden konnten als dies natürlich bei älteren Anstalten der Fall sein kann, dem Ideale der psychiatrischen Behandlung um ein wesentliches näher gerückt ist.

Der rhein. Provinzial-Verwaltung gebührt der Dank dafür, dass sie in der richtigen Beurtheilung der Sache den Bau dieser Anstalt seiner Zeit unternommen und zu einem so schönen Ende durchgeführt hat.

	M.	F.	S.
Eröffnung 1. III. 1900 mit	25	69	94
Zugang im März 1900	80	1	81
Abgang im März 1900 (durch Tod)	1	1	2
Bestand am 31. III. 1900	104	69	173

Von diesem Bestand litten an:

	M.	F.	S.
einfacher Seelenstörung	46	50	96
paralytischer Seelenstörung	10	6	16
Seelenstörung bei Epilepsie	26	6	32
Imbecill. und Idiotie	22	7	31
Summe	104	69	173

I. Etatsjahr

1. IV. 1900 bis 31. III. 1901.

	M.	F.	S.
Bestand 1. IV. 1900	104	69	173
Zugang vom 1. IV. 1900 bis 31. III. 1901	160	130	290
Abgang 1. IV. 1900 bis 31. III. 01	67	44	111
Bestand am 31. III. 1901	197	155	352

Von den Aufnahmen litten an:

	M.	F.	S.
einfacher Seelenstörung	116	104	220
paralytischer Seelenstörung	19	12	31
Seelenstörung bei Epilepsie	14	6	20
Imbecillität, Idiotie	6	6	12
Delirium potat.	3	1	4
nicht Kranke	2	1	3
Summe	160	130	290

II. Etatsjahr

1. IV. 1901 bis 31. III. 1902.

	M.	F.	S.
Bestand 1. IV. 1901	197	155	352
Zugang bis 31. III. 1902	254	232	486
Abgang bis 31. III. 1902	153	99	252
Bestand am 31. III. 1902	298	288	586

Von dem Zugang litten an:

	M.	F.	S.
einfacher Seelenstörung	176	183	359
paralytischer Seelenstörung	36	26	62
Seelenstörung bei Epilepsie	27	11	38
Imbecillität, Idiotie	14	11	25
Delirium potat.	—	—	—
nicht Kranke	1	1	2
Summe	254	232	486

Von den Aufnahmen:

I. Etatsjahr:

	M.	F.	S.
erblich belastet	87	45	132

II. Etatsjahr:

	M.	F.	S.
erblich belastet	75	90	165

Der Alkohol spielte in der Vorgeschichte eine wesentliche Rolle bei:

I. Etatsjahr:

M.	F.	S.
45	5	50

II. Etatsjahr:

M.	F.	S.
88	29	117

Mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen:

I. Etatsjahr:

M.	F.	S.
25	10	35

II. Etatsjahr:

M.	F.	S.
69	11	80

Abgang:	M.	F.	S.
geheilt	17	16	33
gebessert	27	15	42
ungeheilt	6	1	7
nicht krank	2	—	2
gestorben	15	12	27
Summe	67	44	111

Todesursache der Gestorbenen:

	M.	F.	S.
Paralyse	8	5	13
Krankheiten des Gehirns und s. Häute	3	7	10
Lungenkrankheiten	2	—	2
Herzleiden	2	—	2
Summe	15	12	27

Abgang:	M.	F.	S.
geheilt	48	32	80
gebessert	43	26	69
ungeheilt	22	6	28
nicht krank	1	—	1
gestorben	36	35	71
	3*)	—	3
Summe	153	99	252

*) Aus der Beobachtung entlassen.

Todesursache der Gestorbenen:

	M.	F.	S.
Paralyse	12	15	27
Krankheiten d. Gehirns u. s. Häute	4	4	8
Lungenkrankheiten	10	2	12
davon Tbc.	(7)	(1)	(8)
Herzleiden	4	4	8
andere Krankheiten	6	10	16
Summe	36	35	71

Mittheilungen.

— **Stuttgart.** Die Irrenabtheilung des hiesigen Bürgerhospitals steht gegenwärtig im Begriff, durch Anbauten eine wesentliche Vergrösserung zu erfahren, die einestheils durch die Fortschritte in der Behandlung Geisteskranker, anderntheils durch die stetig zunehmende Inanspruchnahme dieser Spitalabtheilung nöthig geworden ist. Wenn auch einerseits nicht im Ernste daran gedacht werden kann, die Irrenabtheilung des Stuttgarter Bürgerhospitals zu einer eigentlichen „Irrenanstalt", wenn auch kleineren Umfangs, auszugestalten — hiefür besteht weder die Möglichkeit noch das Bedürfnis — und wir daher hier in Stuttgart von allen denjenigen Einrichtungen abstehen müssen, die auf einen langdauernden Aufenthalt der Kranken berechnet sind (wie besondere Anlagen zur Beschäftigung), so hat sich doch andererseits die städtische Verwaltung der Erkenntnis nicht verschlossen, dass auf diejenigen Einrichtungen, die der Behandlung der Geisteskranken in den ersten Zeiten der Erregung dienen, auch in einer zur vorübergehenden Aufnahme bestimmten Irrenstation nicht verzichtet werden darf, da ja eine solche Station ihre Kranken fast durchweg in früheren Stadien aufnimmt und deswegen einen relativ viel höheren Procentsatz an stark erregten und jener Einrichtungen bedürftigen Kranken beherbergt als die eigentlichen Irrenanstalten. Diesem Zweck dient in erster Linie die Erstellung eines Badesaals für Dauerbäder auf der männlichen und weiblichen Abtheilung mit je 4 Badewannen (unter Beibehaltung und zweckmässiger Aenderung der vorhandenen Badeeinrichtungen). Durch ähnliche Bedürfnisse und ausserdem durch die zunehmende Frequenz der Irrenabtheilung nothwendig geworden ist die Erstellung eines weiteren Wachsaals, so dass dann jede Wachabtheilung über einen — an die Dauerbadeeinrichtung sich unmittelbar anschliessenden — Wachsaal für Unruhige und einen solchen für Ruhige verfügt. Es ist vielleicht auch für weitere Kreise nicht uninteressant, hier zu erfahren, dass die Zahl der jährlichen Neuaufnahmen auf der Irrenabtheilung seit einer Reihe von Jahren, namentlich seit die Einrichtungen und der Betrieb berechtigten Anforderungen entsprechen, in stetiger Zunahme begriffen ist. Von 121 jährlichen Neuaufnahmen im Jahre 1893 — dem letzten Jahre, da die Irrenabtheilung noch im alten Bürgerhospital untergebracht war — ist die Zahl der Neuaufnahmen im abgelaufenen Jahre auf 220, also annähernd das Doppelte, gestiegen. Durch die Erstellung jener weiteren Räume, zu denen sich noch, um eine grössere Abstufung nach Krankheitsformen und socialen Verhältnissen zu ermöglichen, die Erstellung einer Anzahl Einzelzimmer gesellt, wird auch weitgehenden Bedürfnissen und Ansprüchen für absehbare Zeit Genüge geleistet werden. Gleichzeitig mit diesen baulichen Aenderungen werden die Gartenanlagen für die Irrenabtheilung durch Erstellung von Wandelgängen, die den Gartenaufenthalt von den Einflüssen der Witterung unabhängiger gestalten sollen, in zweckmässiger Weise verbessert werden. Die genannten Bauten und Neueinrichtungen sind vor wenigen Monaten begonnen worden und werden — Dank der Fürsorge der städtischen Verwaltung und dem Eifer der Bauleitung — so gefördert werden, dass sie noch im Herbste dieses Jahres in Benützung genommen werden können.

(Staatsanzeiger für Württemberg No. 115, 21. Mai 1902.)

Berichtigung. Die redactionelle Bemerkung auf S. 263, l. Spalte, Z. 4—7, entstammt der Red. der betr. Tageszeitung.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel** Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 24. 13. September. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Der Wiener Irrenthurm.

Ein Beitrag zur Geschichte des niederösterreichischen Irrenwesens.

Von Dr. *Wilhelm Lorenz*, n.-ö. Landes-Sanitäts-Concipist.

Die vielfach vertretene Ansicht, welcher auch Wittelshöfer in seiner verdienstvollen Geschichte der Heil- und Humanitätsanstalten Wiens beipflichtet, nach welcher die Mehrzahl der Geisteskranken bis zur Zeit der Reform des gesammten Humanitätswesens Wiens durch Kaiser Joseph II in Gefängnissen gemeinschaftlich mit Verbrechern, (nach Wittelshöfer's Angabe in einem Gefängnisse am „Salzgries") eingesperrt gewesen wären, „woselbst sie nur nothdürftig bekleidet in Ketten lagen und gleich Thieren gefüttert wurden", scheint nicht vollkommen zutreffend zu sein, da in den allerdings nur sehr spärlichen Urkunden, die ein schwaches Licht in das Dunkel zu bringen vermögen, in welches die Fürsorge für die Geisteskranken Wiens in den früheren Jahrhunderten gehüllt ist, kein sicherer Anhaltspunkt dafür auffindbar ist, dass die Geisteskranken den Verbrechern gleichgehalten wurden. Eine der ältesten uns erhalten gebliebene Urkunde, die Fürsorge für Geisteskranke betreffend — wenn nicht die älteste überhaupt — liefert mit aller Deutlichkeit den Beweis, dass die Irrsinnigen in Wien schon zu Beginn des XVII. Jahrhunderts in Spitälern Aufnahme fanden und daselbst verpflegt wurden. Enthalten ist diese für die Beurtheilung der damaligen Verhältnisse höchstwichtige Mittheilung in einem Erlasse des Geheimen- und Deputationsrathes vom 11. Juni 1611, nach welchem „Denen von Wien" der Auftrag ertheilt wird, dass . . . (sic) . . . die mit dem Hinfallenden, Vnsuenigkhait vnnd anndern abschenlichen Leibschäden behaffte, in dass Burgerspittal einnemben oder im Fall sich bay ainem oder dem anndern ain Betrug hierinnen befindet diesselben von der Statt wegschaffen".*)

*) Original im Wiener städtischen Archiv. N. 5 ex 1611.

Genauere Angaben über die Versorgung Geisteskranker sind erst aus dem XVIII. Jahrhundert überliefert.

Nach einem Ausweise des Wiener Diariums vom Jahre 1766 waren damals in verschiedenen Spitälern 128 Irrsinnige, gegen 5 Percent der Gesammtzahl der Verpflegten in Verpflegung gestanden. Von Spitälern, in welchen im XVIII. Jahrhundert Geisteskranke untergebracht waren, werden ausdrücklich genannt: das Bürgerhospital zu St. Clara*), in welcher Anstalt Arme, Kranke, Gebärende, Findelkinder, Waisen, Irrsinnige und Pilger verpflegt wurden; das Spital zu St. Marx**), wo die Geisteskranken gleichzeitig mit an contagiösen Krankheiten Leidenden, sowie mit Schwangeren und Findelkindern untergebracht waren, und das Spanische Spital.

Dass die Pflege der Geisteskranken daselbst oft viel zu wünschen überliess, dass die verschiedenen Beschränkungsmittel in weitgehendstem Maasse Anwendung fanden, darf nicht wundernehmen zu einer Zeit, in welcher die Geisteskranken für unheilbar gehalten wurden und ihre Separirung vorwiegend im Interesse der Gesellschaft erfolgte. Trotzdem muss die Thatsache betont werden, dass in Niederösterreich, insbesondere in Wien, für die Geisteskranken wenigstens schon im XVII. und XVIII. Jahrhundert in menschenwürdigerer Weise vorgesorgt war, als z. B. in Frankreich und England, wo sie noch bis Ende des XVIII. Jahrhunderts selbst in der Zelle mit Hunden gehetzt (Frankreich), Schaulustigen für Geld gezeigt oder gar während bestimmter Mondphasen systematisch gepeitscht wurden (England), letzteres um angeblich den Einfluss des Mondes zu paralysiren.***)

In neue, eine rationellere Pflege und Behandlung der Geisteskranken ermöglichende Bahnen wurde die Irrenfürsorge erst in den letzten Decennien des XVIII. Jahrhunderts gleichzeitig mit der Reorganisation des gesammten Humanitätswesens durch Kaiser Josef II. gelenkt. In Würdigung der damals bestandenen unhaltbaren Zustände hinsichtlich der Armen- und Krankenversorgung Wien's, erliess dieser für die Unglücklichen so warm fühlende Herrscher, von der begründeten Ansicht ausgehend, dass eine erfolgreiche Behebung der vielfachen Uebelstände nur durch die Trennung der verschiedenen Kategorien pflege- und hilfebedürftiger Armer und Unterbringung derselben in gesonderten Anstalten möglich sei, mit Hofdecret vom 16. April 1781 an die „in den Milden Stiftungs-Sachen delegirte Hof-Commission" Directiv-Regeln, nach welchen er die Umgestaltung der damals in Wien bestandenen Humanitätsanstalten durchgeführt wissen wollte. Die Gesichtspunkte, nach welchen in Hinkunft hinsichtlich der Fürsorge für die Geisteskranken vorgegangen werden sollte, sind im Punkte 3 dieser Directivregeln behandelt; die bezügliche Stelle lautet wörtlich:

„3tio. Unter Jenen, die Schaden oder Eckel vermsachen, verstehe ich Wahnwitzige und mit Krebsen oder solchen Schäden behaftete Personen, welche aus der allgemeinen Gesellschaft, und aus den Augen deren Menschen müssen entfernt werden, diese müssen zusammen in ein entferntes Spital verlegt werden, allwo weder andere Kranke, noch weniger Jugend oder Kindsbetterinnen sich befinden. Verbesserung derselben, damit noch eine, noch der andere unter das Publikum komme, muss das erste Ziel sein."*)

Mit Hofdecret vom 24. August 1782, welches ausführlichere Bestimmungen über die Organisation der Armen-, Kranken- und Versorgungshäuser in Wien enthält, wurde des weiteren angeordnet, dass „die Narren, auch sonst Eckel erregende Kranke" in den Contumazhof**) zu versetzen seien; welche Anordnung jedoch nie zur Durchführung gelangte, da mittlererweile auf Antrag des Directors des Hauptspitales Dr. von Quarin die Errichtung einer ausschliesslich der Unterbringung Geisteskranker gewidmeten Anstalt in Frage kam. In der Folge wurde denn auch nordwestlich vom Hauptspitale auf dem vom Contumazhofe, dem Grossarmenhause und dem Alserbache eingeschlossenen Terrain zur Unterbringung der Geisteskranken ein thurmartiges Gebäude errichtet, welches am 19. April 1784 seiner Bestimmung übergeben wurde.

Ueber die Auswahl und Zahl der daselbst untergebrachten Kranken, sowie über die Vertheilung derselben auf die einzelnen Räumlichkeiten und über deren Behandlung und Verpflegung im Allgemeinen giebt ein erhalten gebliebenes Handschreiben Kaiser Josef's II. an Dr. von Quarin***) in ausführ-

*) Dieses lag nächst dem Kärnthnerthore in der Kärnthnerstrasse; ursprünglich ein Kloster, wurde es, nachdem das frühere Bürgerspital während der Türkenbelagerung verbrannt und 1532 niedergerissen worden war, zu Spitalzwecken adaptirt.

**) Bestand schon im Jahre 1394, und muss sohin als die älteste Heil- und Versorgungsanstalt Wiens angesehen werden.

***) Conolly berichtet, dass aus diesem Grunde noch im Jahre 1804 mondsüchtige Irre gebunden, gekettet und gepeitscht wurden.

*) Original im Archiv des Staatsministeriums IV. O. 5.

**) Der Contumazhof lag an der Rückseite des jetzigen k. k. allgemeinen Krankenhauses und wurde 1776 als Spital eingerichtet.

***) vgl. das illustrirte Geschichtenbuch vom Kaiser Josef. Seite 323.

licher Weise Kunde, welches Schreiben zugleich die Sorgfalt erkennen lässt, welche dieser menschenfreundliche Herrscher auch den Details seiner Schöpfungen angedeihen liess. Im Nachstehenden sei diese interessante Ueberlieferung ausführlich wiedergegeben.

„. . . . Da ich die Uebersetzung der Irren aus dem Spanischen Spitale und St. Marx in das Irrenhaus künftigen Montag über 8 Tage, endlich den 19. dieses zugleich bei Anbruch des Tages veranlassen will, so überschicke ich Ihnen hierneben die Liste, die ich mir von den in den beiden Orten bestehenden Irren habe geben lassen. Die zwölf Geistlichen, so roth bezeichnet ausgestrichen sind, werden von den Barmherzigen Brüdern übernommen und sind also in das Irrenhaus nicht mitzunehmen, sowie die elf Arrestanten aus St. Marx bei den Arrestanten verbleiben und wegen den fünf Hinfallenden und sechzehn incurabeln Männern und Weibern ich den Grafen Boucquoi aufgetragen habe, sie nach Ybbs oder Mauerbach sogleich zu übersetzen. Es fallen also in allem von St. Marx sechs und sechzig zu übernehmende Irren und vom Spanischen Spitale dreiundvierzig aus, da die sieben genesenen Männer und drei Weiber entweder zu entlassen oder allda annoch bis zu ihrer gänzlichen Genesung zu verbleiben haben. Die hundertneun Irren sind demnach folgendermassen einzutheilen:

1. In die achtundzwanzig Zimmer des obersten Stockwerkes des Irrenhauses kommen aus dem Spanischen Spitale die drei Unreinen und die Zehn von St. Marx zu zwei und zwei, also in sieben Kammern, jeder angeschmiedet. In den übrigen der einundzwanzig Kammern kommen von den achtundvierzig Unruhigen einundzwanzig hinauf, jeder einzelweis.

2. In den darunter befindlichen niederen Stock kommen dann die übrigen siebenundzwanzig ebenfalls Unruhigen und müssen auch einzelweis verbleiben.

3. Der weiters tiefere Stock bleibt ganz leer.

4. In den folgenden, ersten Stock kommen die neunundvierzig ganz ruhigen und theilweise uncurablen Männer und Weiber, sowol von St. Marx als vom Spanischen Spitale zu stehen und in jede Kammer zu zwei und zwei zusammen. Es versteht sich jedoch von selbst, dass diese zwei und zwei Männer und Weiber immer vom nämlichen Geschlecht zusammengesperrt werden.

5. Die Kammern zu ebener Erde bleiben ebenfalls noch leer und werden diese zwei leeren Stöcke für die Militär-Irren *) oder Zuwachs reservirt, die noch kommen. Auf diese Art ist die Eintheilung im Hause sogleich zu treffen, sowohl wegen der Krankenwärter, als Kost und alles übrigen Nöthigen, damit an dem bestimmten Tage in aller Frühe von beiden Orten ins Haus eingezogen werde.

In den beiden oberen Stöcken bleiben die Irren versperrt, können also nicht zusammenkommen und werden nicht herausgelassen. Von den unteren Stöcken, wo zwei und zwei beisammen liegen, werden wechselweise Männer und Weiber zu unterschiedlichen Stunden in den Hof hinabgelassen. Die zween reservirten Stöcke bleiben einstweilen gänzlich versperrt.

Wien, den 10. April 1784. Josef."

Mit der Errichtung des Irrenthurmes war jedoch die Fürsorge für die Geisteskranken noch nicht abgeschlossen. In den „Nachrichten an das Publikum", welche anlässlich der Eröffnung des Hauptspitals zur Veröffentlichung gelangten, wird die Absicht zum Ausdruck gebracht, für die ganz ruhigen Wahnsinnigen das sogenannte Lazarethgebäude zuzurichten. Wiewohl die daselbst nothwendigen Adaptirungen schon im Jahre 1788 durchgeführt waren, erfolgte doch die Belegung desselben erst 1792, also erst nach dem Tode Kaiser Josef II. und wurde es dazu bestimmt, ruhige und reconvalescente Geisteskranke zu beherbergen.

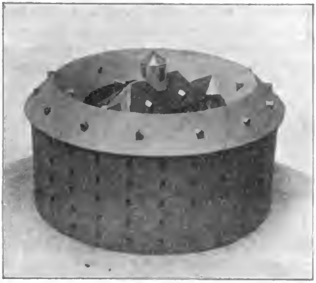
Die Irrenanstalt war der Direction des Hauptspitales untergestellt. Mit der Beaufsichtigung und Behandlung der Geisteskranken waren jeweilig die zwei jüngsten Primarärzte dieses Spitales betraut, von denen dem einen die Männer, dem anderen die Frauen zur Behandlung überwiesen waren. Die erste selbständige Instruction erhielt das Personal der Irrenanstalt im Jahre 1789, nach welcher den Wärtern namentlich jede üble Behandlung der Irren auf das strengste untersagt war.

Im Nachstehenden soll eine Beschreibung des vom Kaiser Josef II. errichteten Irrenthurmes, dieser ersten Irrenanstalt Oesterreichs, gegeben werden.

Der Irrenthurm erhebt sich gegen Norden vom k. k. allgemeinen Krankenhause isolirt und von jeder Passage getrennt und ist nur durch das allgemeine Krankenhaus und das angrenzende k. u. k. Militärspital zugänglich. Es bildet ein kreisrundes, thurmartiges, fünfstöckiges Gebäude, dessen innerer Rundhof durch einen querverlaufenden gleichhohen Mittelbau in einen grösseren und einen kleineren Hof getheilt wird. Der dem Militärspitale zugewendete Eingang ist durch eine dicke hölzerne Thür und durch ein eisernes Gitterthor verschlossen. Durch dieses beständig geschlossen gewesene und nur vom Portier den Einlassheischenden geöffnete Thor gelangt man durch einen niederen gewölbten Gang zu dem

*) Die Uebersetzung der Militär-Irren (aus Pest) wurde mit allerh. Resolution vom 20. April 1784 verfügt.

Mittelbau, in welchem eine einzige steingemauerte Treppe in kurzen Absätzen zu den einzelnen Stockwerken führt. Der Zugang zu jedem Stockwerke wird wieder durch eine feste eiserne Thüre abgeschlossen. Durch diese Thüre gelangt man in einen den Querbau durchziehenden mässig breiten von eisenvergitterten Fenstern spärlich erleuchteten Gang, an dessen Ende abermals eine schwere Eisenthüre in das Innere des Stockwerkes des eigentlichen Thurmes führt. Jedes der fünf Stockwerke bildet eine Abtheilung, deren innere Einrichtung — wenige Modificationen abgerechnet — in den verschiedenen Stockwerken eine gleiche ist.



Eine jede Abtheilung, mit Ausnahme der im fünften Stockwerke, besteht aus einem schmalen mit Ziegelsteinen gepflasterten, gewölbten, kreisrunden Gang, welcher durch die mit Eisengittern versehenen, in die Hofräume mündenden Fenster das Licht empfängt. An der äusseren Seite des Ganges führen Thüren in die in gleichmässigen Abständen von einander gebauten Zellen. Die Thüren sind aus dicken Brettern verfertigt und haben in der oberen Hälfte ein kleines Fenster mit einem leichten Gitter, welches noch durch ein Thürchen von starkem Eisenblech und eine darüber gelegte eiserne Klammer verschliessbar ist. Eine zweite eiserne Gitterthüre öffnet sich in die Kammer hinein, der eigentlichen Wohn- und Schlafstätte der Geisteskranken. Die Kammer bildet ein längliches, gegen die Thüre zu sich verschmälerndes Viereck mit seitlich leicht ausbiegenden Längswänden. Die Zellen der drei unteren Stockwerke sind gewölbt, die der zwei oberen flach eingedeckt und haben (mit Ausserachtlassung der Deckenwölbung) eine durchschnittliche Innenlichtung von

9 Fuss = 2,84 m Höhe,
11 „ = 3,47 „ Länge,
10 „ = 3,16 „ Breite.

Das 3 Fuss = 0,95 m hohe, $1\frac{1}{2}$ Fuss = 0,47 m breite Fenster ist $5\frac{1}{2}$ Fuss = 1,73 m vom Boden entfernt und mit starken eisernen Gittern und Glasfenstern versehen, welch' letztere im Winter verdoppelt wurden. Der Boden der Zellen ist theils gedielt, theils mit Mergelsteinen gepflastert und gegen die Thüre zu sanft geneigt, so dass Urin und Wasser aus der Zelle abfliessen konnten. In einem Winkel der Kammer ist eine Latrine angebracht, deren Schlauch mit einem eisernen an einer Kette hängenden Deckel zu verschliessen war. In den gepflasterten Zellen sind am Fussboden starke eiserne Ringe eingelassen, welche die Bestimmung hatten, die Tobsüchtigen festzuhalten; in einzelnen Zellen sind ähnliche Ringe auch an der Mauer angebracht.

Die innere Einrichtung der Zellen bestand des weiteren aus je einem oder zwei aus festen Brettern verfertigten niedrigen Betten, welche derart zusammengefügt waren, dass sie von den erregten Kranken nicht leicht zerbrochen werden konnten. In den Bettstellen lagen die Kranken auf Stroh, über welches ein Leintuch gebreitet war; zum Bedecken diente eine Decke. In den Zellen der zwei obersten Stockwerke, welche ausschliesslich zur Unterbringung der sehr unreinen und tobsüchtigen Geisteskranken dienten, war an Stelle eines Bettes ein am Steinboden aufgeschichtetes Strohlager in Verwendung. Die Erwärmung der Zellen geschah mittelst der Meissnerschen Luftheizung.

Jede Abtheilung bestand aus 28 Zellen — nur im ersten Stockwerke waren 27 —, im ganzen Irrenthurm waren sohin 139 Zellen vorhanden, in denen durchschnittlich 200—250 Kranke verpflegt wurden.

Da die Anstalt über keinen eigenen Brunnen verfügte, musste das Wasser aus dem nahen Hauptspitale geholt werden, wozu die ruhigeren Geisteskranken unter Aufsicht von Wartpersonen verwendet wurden. Die Nahrung erhielten die Kranken portionenweise abgetheilt in Blechschalen — das Fleisch bereits in kleine Stücke zertheilt — in die Kammern. Ein gemeinsames Mahl mehrerer Kranker fand nicht statt. Das Trinkwasser wurde in Blechgefässen gereicht.

Während die in den zwei obersten Stockwerken untergebrachten Irrsinnigen dauernd in der Zelle gehalten wurden, ihnen sohin ein Verlassen derselben in keinem Falle gestattet war, liess man den in den unteren Abtheilungen Verpflegten eine etwas freiere Behandlung angedeihen. Männer und Frauen wurden

abwechselnd zu den verschiedensten Tagesstunden in den Hofraum geführt, wo sie sich ergehen konnten, die Ruhigeren überdies unter der Aufsicht von Pflegepersonen zu Arbeitsleistungen herangezogen.

Die im Vorstehenden in kurzen Umrissen dargestellte Reform des Irrenwesens Niederösterreichs durch Kaiser Josef II. bildet die Basis, auf welcher sich die Irrenfürsorge Oesterreichs langsam aber stetig bis zur gegenwärtigen Höhe entwickelte. Ein besonderes Interesse gewinnt dieser Rückblick, namentlich die Schilderung der baulichen Verhältnisse des gegenwärtig seitens des k. k. allg. Krankenhauses zur Unterbringung von Depots und Dienerwohnungen verwendeten Irrenthurmes derzeit dadurch, dass er in Kürze in Folge der Verlegung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien der Demolirung anheimfallen wird.

Litteratur:

Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. I. 1892.

Knolz. Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten im Erzherzogthume Oesterreich unter der Enns. Wien 1840.

Nachrichten an das Publicum über die Einrichtung des Hauptspitales in Wien. Wien 1784.

Dr. von Posanner. Geschichte des niederösterreichischen Irrenwesens. (Manuskript).

Weiss. Geschichte der Stadt Wien. Wien 1872.

Wittelshöfer. Wien's Heil- und Humanitätsanstalten, ihre Geschichte, Organisation und Statistik. Wien 1856.

Mittheilungen.

— **Der Antwerpener Congress.** Unter dem Vorsitz des Justizministers van den Heuvel fand am 1. d. M. vormittags im „Hôtel provincial" zu Antwerpen die feierliche Eröffnung des internationalen Congresses für Irrenfürsorge und familiäre Irrenpflege statt. Goossens, der Erzbischof, welcher ebenfalls erscheinen sollte, war verhindert. Nach einer Begrüssungsansprache erklärte der Minister den Congress für eröffnet und übertrug den Vorsitz an Direktor Dr. Peeters (Gheel), den Präsidenten des Organisationscomités. Derselbe ertheilte das Wort Dr. Keraval, ärztlichem Direktor der Irrenanstalt zu Armentieres, Delegierten der Société d'assistance familiale zu Paris, zu dem Vortrag über die Geisteskranken ausserhalb der Anstalten. Drei Fragen erfordern die Beantwortung des Irrenarztes: 1. Können die Anstalten, welchen auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Geisteskranke zugeführt werden, freiere Verpflegungsformen einführen? 2. Giebt es Geistesstörungen, die, überhaupt oder nach einer Anstaltsbehandlung von gewisser Dauer, die Anwendung von besonderen, freieren Verpflegungsmassnahmen rechtfertigen? 3. Welches ist der Grad dieser Freiheit, welches diese Massnahmen? Der Congress werde diese Fragen zu beantworten haben. — Direktor Dr. Alt (Uchtspringe) berichtete in seinem Vortrage über die Familienpflege in Deutschland, dass in Preussen allein seit zwei bis drei Jahren an 19 Anstalten Familienpflege eingeführt worden sei. — Prof. Dr. Tamburini (Reggio) spricht von der Ueberfüllung der italienischen Anstalten, die 5000 Insassen mehr beherbergen als hineingehören. Die Verpflegung der Geisteskranken in der eigenen Familie, wofür man dieser 5 bis 30 Lires monatlich erstattete, gab keine befriedigenden Resultate, weil die Controle fehlte. Die Unterstützung wird oft garnicht für den Kranken verwendet. Nachdem er die Familienpflege nach dem Muster von Gheel und Lierneux, die er 1897 besuchte, in den der Anstalt bei Reggio benachbarten Dörfern eingeführt, habe er glänzende Erfolge und er halte dieses System (d. h. Familienpflege in der Nähe und unter der Aufsicht der Anstalt) für das beste.

In der Nachmittagssitzung (Vors. Dr. Peeters) trägt Direktor Dr. Olah (Budapest) über den Bericht des k. ungar. Ministeriums des Innern betr. das ungarische Irrenwesen im Jahre 1901 vor. — Prof. Dr. Soutzo (Bukarest) spricht von der Irrenpflege in Rumänien. Dort giebt es seit 1894 ein Irrengesetz, das die individuelle Freiheit garantirt, den Geisteskranken eine humane und wissenschaftliche Behandlung und die Sicherheit ihrer Interessen während des Anstaltsaufenthalts garantirt. Rumänien hat bei $5\frac{1}{2}$ Millionen Einwohnern ungefähr 1200 Geisteskranke in 4 Asylen und einer besonderen Heilanstalt. Es sind dies geschlossene Anstalten, coloniale und familiäre Verpflegung fehlt. Volkscharakter und Sitten machen Colonien ähnlich wie Gheel unmöglich. — Fedor Gerenyi, Deputirter des Landesausschusses von Niederösterreich: Daselbst kommt, vom Landtag genehmigt, folgender Grundsatz zur Geltung: 1. Jede niederösterreichische Anstalt muss in Zukunft zugleich für die Behandlung der heilbaren Geisteskranken, für die Pflege der unheilbaren und für die Colonisirung der nicht gemeingefährlichen Kranken eingerichtet sein. 2. Die Unheilbaren gehören, soweit sie arbeitsfähig sind, in die Colonie, soweit sie es nicht sind, müssen sie in einer besonderen Abtheilung der Anstalt verbleiben. — Für die Familienpflege in Mauer-Oehling sind 8 Häuser vorgesehen. — Chefarzt Dr. Marie, (Villejuif), Delegirter des Seinedepartements, kritisirt die Centralisation in den Irrenanstalten und beschäftigt sich mit dem Verhältniss der öffentlichen und der Privatanstalten, welche letztere in der Mehrzahl von kirchlichen Congregationen besetzt sind. In diesen

letzteren hat die ärztliche Autorität nicht das Uebergewicht, welches es im moralischen und materiellen Interesse der verpflegten Kranken haben sollte. M. verlangt, dass für die Privatanstalten ein bestimmtes Reformprogramm durchgeführt werde, wobei die Ausbildung der Aerzte an den öffentlichen Anstalten, regelmässige Revisionen der Privatanstalten und Entlassung aller Kranken, die sich besser in Familienpflege befinden, besonders zu betonende Momente wären. — Dr. Claus, Chefarzt der Anstalt zu Mortsel, vertheidigt die geschlossenen Anstalten gegen den Angriff Marie's, der von einer Ausbeutung der Kranken durch eine sehr räuberische tote Hand, sei es eine bürgerliche oder eine kirchliche, gesprochen habe. Gleichwohl verlange er (Claus) gleichfalls die Revision des Irrengesetzes, der wissenschaftlichen Garantien und derjenigen der Unabhängigkeit in der Anstellung der Anstaltsärzte. Dr. Claus spricht ferner von dem Vortheil der Arbeit bei den Kranken; 50 % seiner Kranken arbeiten. Er bemüht sich des längern nachzuweisen, dass die Organisation der Anstalten eine befriedigende sei und die Kritik, die sie erfahre, nicht verdiene. — Marie hebt hervor, dass Claus zugiebt, dass das ärztliche und Pflegepersonal der Privatanstalten nicht so ist, wie es sein sollte; auch er müsse daher consequenter Weise die Reform der Privatanstalten fordern. In letzteren sei oft die auf den behandelnden Arzt entfallende Zahl der Kranken excessiv hoch. Claus erwidert, dass diese Zahl in der Familienpflege noch viel grösser sei. „Vater“ Amadeus Stockmans, „Superieur Général“ der barmherzigen „Brüder“, protestirt gegen den Vorwurf der Ueberfüllung in den Privatanstalten. Es würden die von der Regierung vorgeschriebenen bauhygienischen Bedingungen erfüllt. Auch gegen die Behauptung der in den kirchlichen Anstalten angeblich zunehmenden Anwendung der Zwangsmittel protestirt er. Die Anstalten der barmherzigen Brüder seien Musteranstalten (sic!)*) — Dr. Meeus, Abtheilungsarzt in Gheel, bemerkt, dass die Angaben, auf welche sich Dr. Marie in seiner Kritik stützt, von ihm (Meeus) aus den officiellen Berichten geschöpft, daher unbestreitbar feststehende seien, wie sehr Dr. Claus und der „Vater“ sie ableugneten! Der Congress stimmte nach längerer Discussion den Referenten bei. Darauf Schluss der Sitzung. Die Congressmitglieder begaben sich in das Stadthaus, wo sie vom Bürgermeister begrüsst und ihnen der Ehrentrunk credenzt wurde.

Am Dienstag, den 2. September, fand der Besuch der Irrenanstalten zu Mortsel und Bouchout statt; einen besonders grossen Anziehungspunkt scheinen dieselben nicht zu bilden, denn es hatten sich nur ungefähr 50 Congressisten zusammengefunden, die unter Leitung von Dr. Sano die Reise dorthin antraten. „Vater“ Stockmans und Dr. Claus machten die Honneurs in Mortsel, woselbst 600 Pensionäre untergebracht sind, Dr. Compeeren in der Anstalt zu Bouchout, woselbst 80 Pensionäre sich befinden.

*) Eine kirchliche Genossenschafts-Anstalt kann schon wegen ihrer Organisation und ihres kirchlichen Grundzugs überhaupt nie eine musterhafte werden. Ref.

Nachmittags reisten einige Congressisten nach Brüssel, um die unter Leitung Dr. Boeck's stehende Irrenabtheilung des St. Johann-Spitals, welche hauptsächlich die Alkoholdeliranten aus Brüssel aufnimmt, zu besichtigen. (Fortsetzung folgt.)

— Während des **Antwerpener Congresses** hielt Dr. Marie im „Cecile Artistique“ am Freitag, den 5. September, abends, einen populären Vortrag über die familiäre Verpflegung Geisteskranker. Mittelst eines Projectionsapparats veranschaulichte er dem Publicum an einer langen Reihe von Bildern den Unterschied zwischen colonialer bezw. familiärer Verpflegung einerseits und Hospitalisirung andererseits. Auch die Apparate der mechanischen Behandlung aus dem 17. und 18. Jahrhundert wurden veranschaulicht: das Drehrad, die falsche Brücke, die unter dem Gewicht des Kranken, auf den man einen hydropathischen Schreck einwirken lassen wollte, plötzlich einbrach, ferner die Zwangsstühle und -betten etc. Zum Schluss führte er freundliche Bilder und Scenen aus dem gegenwärtigen Leben der Geisteskranken, besonders aus den ländlichen Colonien und der Familienpflege vor. Seine Ausführungen und Darstellungen wurden vom Publicum aufs lebhafteste applaudiert.

— Aus dem Protokoll der **Versammlung schweizerischer Psychiater**, 19. und 20. V. 02 in St. Pirminsberg.

I. Greppin (Rosegg) und Dr. Ulrich (Anstalt für Epileptische, Zürich) wurden beauftragt, zu Händen des eidg. statist. Büreau eine Instruction auszuarbeiten, wie bei Schulkindern am leichtesten geistige Schwächezustände constatirt werden.

II. Folgende von dem Verfasser etwas modificirte Thesen von Frank-Münsterlingen wurden angenommen:

1. Wir müssen verlangen, dass bei der Ausbildung der Juristen die Psychologie und Psychiatrie soweit berücksichtigt werden, dass sie als Richter befähigt sind, den Verbrecher wissenschaftlich zu verstehen und fachmännische Gutachten zu würdigen. Es sollen hierzu die Anstaltsdirectoren, besonders natürlich die Universitätsprofessoren, besondere practische Curse ertheilen, wie dies durch Kraepelin in Heidelberg schon geschieht.

2. Der Staat hat die Pflicht, da er nur Verbrechen, die in zurechnungsfähigem Zustande begangen werden, ahndet, den Strafprocess nur mit den Garantien sich vollziehen zu lassen, die mit Sicherheit einen Strafvollzug an Unzurechnungsfähigen ausschliessen. Dies ist nur dadurch möglich, dass den Untersuchungsbehörden die nöthige Zahl wirklicher und erfahrener psychiatrischer Fachmänner beigegeben wird.

Wie es Pflicht des Staates ist, alle erlaubten Mittel anzuwenden, um den Verbrecher in seine Gewalt zu bekommen, so muss es auch seine Pflicht sein, kein Mittel ausser Acht zu lassen, um nur den Verbrecher zu verurtheilen, der in zurechnungsfähigem Zustande gehandelt hat.

3. Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit kann nur Aufgabe des Psychiaters, niemals des Richters sein.

4. Es ist nur ausnahmsweise in ganz klaren Fällen

zulässig, dass diese Aufgabe Aerzten zugewiesen wird, die nicht eine genügende specielle Ausbildung genossen haben.

5. Die Untersuchung auf den Geisteszustand eines Angeklagten kann nur in fachmännisch geleiteten Anstalten oder in entsprechenden Abtheilungen eines Untersuchungsgefängnisses vorgenommen werden.

6. Die Richter können ein Gutachten ablehnen und eine Oberexpertise bestellen. Mit der Oberexpertise können nur Fachmänner betraut werden.

7. Die Frage der Unzurechnungsfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit kann nicht dem Wahrspruch der Geschworenen überwiesen werden.

8. Jedem Antrage auf Untersuchung des Geisteszustandes eines Angeklagten ist ohne weiteres statt zu geben, wenn jede Absicht auf Verschleppung fehlt.

III. Brauchli (Bellelay) soll Material, das auf die strafrechtlichen psychiatrischen Fragen Bezug hat, sammeln.

IV. v. Monakow (Zürich), der vor 25 Jahren am Orte der Versammlung seine hirnanatomischen Studien begonnen hat, berichtet in einem zum kurzen Referat nicht geeigneten Vortrage über die seitherigen wichtigsten Fortschritte.

V. Ladame (Genf): Observation de soi-disant Kleptomanie dans un cas de Psychose neurasthénique. 35 Jahre alte Frau; Grossmutter väterlicherseits hysterisch. Patientin hatte viele nervöse Leiden, namentlich während der 4 Schwangerschaften. Entfernung von Uterus und Ovarien erfolglos. Seit Verlust des Vermögens schlaflos, Schwindel, Stirnkopfdruck und Ladendiebstähle. Patientin wurde von einem Bruder ausreichend unterstützt, stapelte die gestohlenen Gegenstände unbenutzt bei sich auf. Vor der That jedesmal starke Angst, nachher Reue. Ladame diagnosticirt eine neurasthenische Psychose, die die Zurechnungsfähigkeit ausschloss. Das Gericht schloss sich der Auffassung an.

VI. Hinrichsen (Wil): Beitrag zur Frage der inneren Degenerationszeichen. Hinrichsen fand den Wurmfortsatz im Durchschnitt bei 119 Normalen 8 cm lang, bei 85 senil Dementen 8,2; 27 Idioten 10,3; 18 Paralytikern 9,7; 49 chronischen Psychosen 8,4 cm.

VII. Wille (St. Pirminsberg): Ueber erbliche Uebertragung von Geisteskrankheiten. In den Fällen von Geisteskrankheit bei Eltern und Kindern in Pirminsberg war Uebereinstimmung von Krankheitsformen nach der Kraepelin'schen Systematik nur in ca. der Hälfte der Fälle. Auch unter Geschwistern treten verschiedene Krankheitsformen auf.

Bleuler-Burghölzli.

— Gerichtliche Entscheidungen. Frau X wurde in der Nacht vom 26. Januar 1899 auf Verlangen des Bahnhofvorstandes von B., weil schwer betrunken, arretirt. Sie konnte aber durch Zeugen nachweisen, dass sie nicht trunksüchtig, sondern mit Nervenzufällen behaftet sei, und ein solcher Anfall befiel die Frau X vor dem Schalter aus Angst den Zug zu verfehlen. Sie strengte eine Schadenersatzklage gegen die Gesellschaft der Westbahn an, und in der That wurde ihr eine Entschädigung von 1000 fr. (nicht 5000, wie sie verlangt hatte) und Vergütung der Kosten zugesprochen.

Ann. Med.-Psych. 1901. Jan.-Febr.
G. Burckhardt.

— Ist ein Arzt civilrechtlich verantwortlich, der zwar in guten Treuen aber irrthümlich ein Zeugniss ausstellt, das einen Geistesgesunden für geisteskrank erklärt und auf Grund dessen der Geistesgesunde sequestirt wird? Ann. Med.-Psych. 1901. Mars-Avril. Dr. X wurde durch die Ehegatten Y zu ihrer Tante, Frl. Z berufen, und trifft dieselbe in voller Wuth, unter den Trümmern eines zerschlagenen Stuhles und eines dito Nachtgeschirrs in ihrem Zimmer, ihn selbst mit Canaille, Dieb, Mörder titulirend. Gestützt auf diesen Befund seines allerdings nur wenige Minuten dauernden Besuches und auf die weitern Mittheilungen der Eheleute Y stellt er ein Zeugniss aus, worin er das Frl. Z für tobsüchtig erklärt, worauf die Pat. nach der Irrenanstalt überführt wird. Nach 8 Tagen wird sie aber als nicht geisteskrank aus derselben entlassen, und belangte nun den Arzt, der das Zeugniss ausgestellt, auf Schadenersatz. Das Civilgericht wies sie ab, da der Arzt sie wirklich für geisteskrank gehalten habe und das Gericht sich nicht in rein ärztliche Fragen mischen könne. Das Appelationsgericht urtheilte aber anders. Es nahm den Fall grober Nachlässigkeit und Kunstfehlers an. Der Arzt habe zwar in guten Treuen gehandelt, aber er hätte sich nicht mit dem einen, nur wenige Minuten dauernden Besuch begnügen und im Uebrigen auf die parteiischen Aussagen der Eheleute Y verlassen sollen. Das Gericht verurtheilte ihn zu 2000 fr. Entschädigung.

(Ref: Dass der Arzt besser hätte zusehen müssen, ehe er sein Zeugniss ausstellte und den ganzen Verwaltungsapparat in Bewegung setzte, ist zweifellos, um so mehr, als Frl. Z erst andern Tages, und offenbar schon wieder in ruhigem Zustande, in die Irrenanstalt verbracht wurde. Ob es sich nicht doch um eine transitorische Tobsucht gehandelt habe, das geht aus den Akten nicht hervor. — Aber, nicht jeder Fall von Psychose braucht polizeilich sequestrirt zu werden.)

G. Burckhardt.

— Eine in ihrer Familie gefangen gehaltene Geisteskranke. Die Eheleute Boulais, Landwirthe in Curves (Dep. Manche) hielten ihre 29 jährige geisteskranke Tochter Augustine in einem Stalle mit einer Kette um den Leib an einem Pfosten angekettet. Die Kette war so kurz, dass die halb nackte Unglückliche nur sitzen oder knieen, aber nicht liegen konnte. Drei Jahre lang hatte A. B. in diesem jammervollen Zustande zugebracht, ehe sie von der Polizei erlöst und in eine Irrenanstalt verbracht wurde.

Ann. Med.-Psych. Mai 1901.

— Während 45 Jahren wurde Jeanne-Adelaide Bissière in Gorrigon (Dep. Garonne) von ihrem Bruder und ihrer Schwester in einem engen Kämmerchen von 2,50 Meter Höhe eingesperrt gehalten, das Luft und Licht nur von oben her erhielt, und in der Wand eine Schieberöffnung hatte, durch welche die unglückliche Inwohnerin ihre

Nahrung erhielt. Die arme Person lag, als die Polizei endlich einschritt, nackt in ihrem Schmutze, mit bis zum Kinn zurückgebogenen steifen Knieen, und konnte nicht mehr sprechen. Sie sei, sagten die Geschwister, in Folge von Krankheiten vor 45 Jahren tobsüchtig und von ihrem Vater in die besondere Kammer eingesperrt worden, um ein Unglück zu verhüten. Nach dem Tode des Vaters hätten sie, die Geschwister, die Sache im Status quo ante belassen.

Die Kranke wurde in eine Irrenanstalt überführt. Die Familie B., begütert und angesehen, blieb in Freiheit. Der ganze Scandal wurde aus Rache durch einen von den Geschwistern B. des Diebstahls angeklagten Dienstboten dem Gerichte angezeigt.

Ann. Med.-Psych. 1901 p. 520.
G. Burckhardt.

— Ein Necrophile. (Ann. Med.-Psych. 1901, p. 517.) In der Gemeinde May im südlichen Frankreich wurde durch den Verwesungsgeruch unter dem Stroh einer Scheuer halb verborgen der Leichnam eines 4jährigen Mädchens gefunden. Der Kopf war vom Leibe getrennt, und letzterer trug die Spuren des Stuprum. Als Thäter wurde ohne Mühe der 29jährige Tagelöhner Honoré Ardisson entdeckt, derselbe erzählte ohne Umschweife, dass er gerne junge Mädchen von 4—14 Jahren, die eben erst beerdigt worden, ausgrabe und seinen Geschlechtstrieb an ihnen befriedige, da sie sich nicht wehren, wie die lebendigen. Er berichtete von 5 solcher Leichenschändungen.

Drei Mädchen, die ihm besonders gut gefallen, hatte er die Köpfe abgeschnitten und nach Hause genommen, im obgenannten Falle den ganzen Cadaver, in der Absicht, ihn bei nächster Gelegenheit gegen einen frischen auszuwechseln! Da er evident schwachsinnig war, wurde er psychiatrischer Untersuchung unterworfen. G. Burckhardt.

Referate.

— Döllken. Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig 1901. Veit.

D.'s monographische Arbeit stützt sich auf die Beobachtung an 120 männlichen Deliranten der Leipziger Nervenklinik. Hiernach tritt das Del. trem. hauptsächlich auf bei individueller Disposition, bei geringerer oder grösserer, besonders bei angeborener Invalidität des Gehirns; ein grosser Theil der Deliranten stammt von Säufern ab. Von Gelegenheitsursachen kommen besonders Kopftraumen, Tuberkulose Infektionskrankheiten, Verletzungen, Gemüthserregungen etc. in Frage; Abstinenz war in keinem Fall massgebend, selten auch ein epileptischer Anfall. — Ein Abortivdelirium, das schon nach Stunden bezw. nach 1 Tag oder nach durchschlafener Nacht zu Ende geht, findet sich selten; die körperlichen Symptome dabei sind gering. Dem Ausbruch des ächten Del. tr. gehen meist den Infektionskrankheiten ähnliche Prodrome von Tage- bis Wochendauer vorauf. Während der Akme ist die Temperatur stets erhöht, fällt mit Eintritt des Schlafes kritisch ab, steigt aber wieder bei eventuellen Rezidiven. Das D. tr. gehört also zu den fieberhaften Krankheiten. Die Pulsfrequenz, im Allgemeinen abhängig von Herzbeschaffenheit und Muskelthätigkeit, steigt parallel der Heftigkeit der Delirien, der Abfall ist kritisch. Bei sehr heftigen Symptomen oder ängstlichen Delirien kann der Puls klein und hart sein. Fast stets ist akute Herzdilatation vorhanden, auch die Arterienwand ist auf der Höhe der Symptome erkrankt, meist verbunden mit Arteriosklerose. Auch der Blutdruck u. z. sowohl Maximal- wie Minimaldruck, steigt während der Delirien, doch nicht parallel zu Temperatur und Puls, auch hier ist der Abfall kritisch zur Zeit des Schlafes, bisweilen bis unter die Norm, welche er nach einigen Tagen wieder erreicht. Bei starkem Schweiss oder bei mussitirenden Delirien fällt der Druck schon vor der Krise. — Bradykardie z. Z. der Rekonvalescenz ist ein Zeichen von Herzschwäche, die ihre Erklärung findet in primärer Erkrankung des Herzmuskels oder in den überstandenen grösseren Anstrengungen während der Delirien. — Erkrankungen der Lungen sind prognostisch wenig günstig; öfters findet sich eine mehr oder weniger starke Blutüberfüllung oder eine akute Lungenblähung. Urinsekretion ist verlangsamt, stets ist Eiweiss vorhanden.

Als Del. sine delirio beschreibt D. Fälle, in denen sämmtliche körperlichen Symptome des Del. tr. vorhanden sind, die psychischen aber bis auf Schlaflosigkeit und eine gewisse geistige Hemmung fehlen. Die Akme dauert 4—5 Tage; der Abfall ist weniger kritisch.

Als Aetiologie nimmt D. mit Flechsig eine Ueberladung des Gehirns mit pathologischen Stoffwechselprodukten der Hirnzellen selbst an, verursacht durch die chronische Zufuhr von Alkohol, die „sich in deutlichen anatomischen Veränderungen zeigt". Bei stärkerer Koncentration dieser Produkte kommt es zur Entladung, oder aber ein äusserer Anstoss — Gemüthserregung, Infektionskrankheit etc. — führt diese herbei. Analogien zum ersten Fall bieten die Dämmerzustände körperlich gesunder Epileptiker oder gewisse Zustände im Verlauf der Paralyse.

Als Krankheitssitz für die körperlichen Symptome nimmt D. die Med. oblong. und den Sympathicus an. Das Fieber kann „nur neurogenen Ursprungs sein".

Das Gefässcentrum in der Med. obl. ist stark betheiligt; durch Reizung des N. splanchnicus kommt Verengerung der Gefässe des Unterleibs zu Stande, als deren weitere Folge die Albuminurie anzusehen ist. Kellner-Hubertusburg.

Personalnachricht.

— Die Herren Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Guttstadt und Dr. Grotjahn haben ihre Stellung als Vorsitzender bezw. Schriftführer des Berliner Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke infolge Meinungsverschiedenheiten mit der Verwaltung einer mit jenem Verein in Verbindung stehenden Berl. Trinkerheilanstalt, welche nicht zur Zufriedenheit der beiden Herren beigelegt wurden, niedergelegt. Herr Geh. Rath Guttstadt wird aber nichtsdestoweniger auch weiterhin seine Kräfte in den Dienst der Antialkoholbewegung stellen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244

Nr. 25. 20. September. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Erklärung.*)

Herrn Dr. P. J. Möbius' „Erklärung" in No. 23 dieser Wochenschrift vom 6. 9. 02 ist in zwiefacher Weise richtig zu stellen:

1. wird jeder Unbefangene in meinem Aufsatze über den Alkohol weder „eine Verherrlichung des Alkohols" finden, noch die darin zusammengestellten wissenschaftlichen Thatsachen als „falsche Anschauungen" bezeichnen.

2. Herr Dr. P. J. Möbius in Leipzig „hat" mit meinem Aufsatze insofern „zu schaffen", als er selbst die Veranlassung dazu war: Ich schrieb ihm nach Lektüre seiner Abhandlung „Ueber Mässigkeit und Enthaltsamkeit", dass ich nicht zu den „stummen Hunden" gegenüber den guttemplerischen Uebertreibungen gehöre. In seiner Dankeskarte vom 18. 2. 01 schrieb mir dagegen Herr Dr. P. J. Möbius: „Leider giebt es trotz Ihnen noch recht viele „stumme Hunde". Wenigstens in der Oeffentlichkeit rührt sich nichts". Diese Aufforderung zu einer Publikation sah ich als generaliter gegeben an und holte daher eine ausdrückliche Erlaubniss zu der Widmung bei Herrn Dr. P. J. Möbius nicht mehr ein. Dagegen hat Herr Dr. P. J. Möbius seinen Protest, ohne mir denselben zuzusenden, in einem Blatte gebracht, von dem er annehmen musste, dass es mich nicht zu seinem Leserkreise zählt.

Darmstadt, 9. September 1902. W. N. Clemm.

Ich kann nur das hinzufügen, dass ich aufrichtig bedauere, die Veranlassung zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Clemm gegeben zu haben. Wie er zu dem Glauben gekommen ist, er schreibe in meinem Sinne, das weiss ich nicht, denn aus meinem Aufsatze geht doch deutlich hervor, dass ich ganz anders denke als er.

Leipzig, 11. September 1902. P. J. Möbius.

*) Siehe hierzu die Redactionsbemerkung auf S. 288.

Bemerkungen zu einigen die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten und deren Entlassung betreffenden Fragen.

Von Geh. S.-R. Dr. *Fries* (Nietleben).

Unter der Ueberschrift „Irrenrechtliches“ hat am Schluss von Nr. 17 des laufenden Jahrgangs der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift der Redacteur darüber Klage geführt, dass hinsichtlich der Geisteskranken auch „in rein formellen Rechtsbestimmungen Unklarheiten fortgesetzt ihr Dasein fristen und zur Benachtheiligung der betreffenden geisteskranken Personen führen“ und dass ein solcher Fall vorliege, „wenn, wie es thatsächlich zu geschehen pflegt, einem während der Strafhaft in Geisteskrankheit verfallenen Gefangenen die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit nicht auf die Strafhaft angerechnet wird“, obgleich § 493 der deutschen Strafprozessordnung vorschreibe:

„Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurtheilte mit der Absicht die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat“.

Es wird hiebei dem Bedauern darüber Ausdruck gegeben, dass bei psychischer Erkrankung anders verfahren werde, wie bei anderweiten Leiden und als unverständlich bezeichnet, mit welchem Recht sich bei Staatsanwälten eine solche Praxis eingebürgert habe.

Wenn ich mir hiezu ein berichtigendes und ergänzendes Wort erlaube, so entnehme ich die Berechtigung aus dem Umstand, dass mir leider eine reiche Erfahrung bezüglich des Schicksals dieser — in einer Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke bei einer gewissen Verdünnung vielleicht nothdürftig zu duldenden, in stärkerer Concentration aber unerträglichen und schädlichen — Gruppe, zu Gebot steht, an einer Anstalt, welche durch Jahrzehnte dazu verurtheilt war und es mit geringfügigen Ausnahmen auch noch heute ist, sämmtliche aus Strafanstalten stammenden, der Provinz Sachsen zur Last fallenden Geisteskranken aufzunehmen, in welcher ich mich ferner (1898/1899) genöthigt gesehen habe, für die störendsten und gefährlichsten Elemente unter ihnen bei gleichzeitiger Evacuirung von 80 anderweiten Kranken, die Einrichtung von drei Sicherheitsabtheilungen (mit besonderen Werkstätten etc.) herbeizuführen, und welche neuerdings noch von dem Unglück betroffen ist, dass in ihrer Nähe eine auch für Kranke aus anderen Provinzen bestimmte Irrenabtheilung an einem Strafgefängniss eingerichtet wurde, so dass ausser den der hiesigen Provinz zufallenden irren Verbrechern vorläufig und oft für längere Zeit noch solche aufgenommen werden müssen, zu deren definitiven Uebernahme andere Provinzen und Verbände verpflichtet sind.

Gewiss wird jeder, der sich mit geisteskranken Verbrechern zu befassen hat, es schon bedauert haben, wenn die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit nicht auf die Strafhaft in Anrechnung kommt, allein hierüber entscheiden keineswegs das Belieben und die Praxis der Staatsanwälte, sondern ganz bestimmte und klare Regeln.

Der angezogene § 493 der Strafprozessordnung kommt nur dann zur Geltung, wenn der Verurtheilte durch die betheiligten Justizbehörden einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt (inclusive Irrenanstalt) o h n e v o r h e r i g e E n t l a s s u n g a u s d e r S t r a f h a f t überwiesen worden ist. In diesem Falle — gleichgiltig, ob es sich um somatische oder psychische Krankheit, um ein gewöhnliches Krankenhaus oder um eine Anstalt für Geisteskranke handelt — läuft die Strafe weiter und es hat folgerichtig, da es sich um einen Gefangenen handelt, der Justizfiscus die Unterhaltungskosten in der betreffenden Kranken- (inclusive Irren)-Anstalt zu tragen.

Dieses Verfahren wird eingeschlagen, sofern zunächst Aussicht auf Wiederherstellung in absehbarer Frist gegeben ist oder in der Absicht, in absehbarer Zeit ein Gutachten über die ferneren Aussichten als Unterlage für die weiteren Maassnahmen zu gewinnen.

So befinden sich gegenwärtig in der hiesigen Anstalt zwei in der Strafhaft psychisch erkrankte weibliche Gefangene, deren Strafe hier weiter läuft und deren Unterhaltungskosten von der Gerichtskasse bestritten werden. Eine wird in Kürze nach dem Gefängniss zurückkehren. Es handelt sich hier um verhältnissmässig frische Erkrankungen, bei welchen die Irrenanstalt in Ermangelung einer mit einer Gefangenenanstalt verknüpften Irrenabtheilung für weibliche Gefangene (bei dem benachbarten Strafgefängniss in

Halle a. S. ist die Einrichtung einer solchen beschlossen, aber noch nicht ausgeführt) um die Behandlung der Kranken angegangen worden ist.

Ganz anders gestaltet sich aber die Sache, sobald vor oder mit der Unterbringung eines geisteskranken bisherigen Strafgefangenen in die Irrenanstalt ausdrücklich die Haft aufgehoben wird und demgemäss diese Unterbringung und die Bestreitung der Unterhaltungskosten seitens desjenigen Verbandes zu erfolgen hat, welchem die Fürsorge für ihn je nach seinen Domicilverhältnissen im Fall der Hilfsbedürftigkeit gesetzlich obliegt. Wo Irrenabtheilungen an Gefangenenanstalten angegliedert sind, wie z. B. jetzt an mehreren Orten (bisher nur für Männer) in Preussen, werden die in Strafhaft (Strafanstalten oder Strafgefängnissen) Erkrankten in der Regel (auf die näheren Bedingungen braucht hier nicht eingegangen zu werden) zunächst einer solchen zugewiesen. Ist nach einem halben Jahr oder in geeigneten Fällen nach verlängerter Frist Wiederherstellung nicht eingetreten oder doch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, so wird bei den zuständigen Ministern (hier des Innern und der Justiz) die Haftentlassung beantragt und, falls — wie meist — Entlassung in die Familie oder sonst in freie Verhältnisse nicht angängig erscheint, der verpflichtete Verband zur Stellung des Antrags auf Aufnahme in eine Irrenanstalt veranlasst. Die ministerielle Genehmigung der Haftentlassung erfolgt in diesen Fällen unter der Bedingung, dass die Unterbringung in einer Irrenanstalt gesichert erscheint.

Der frühere Zusatz „vorbehaltlich der Wiedereinziehung im Falle der Genesung" wird neuerdings weggelassen, vermuthlich um auch den Schein einer weiteren Verpflichtung zur Fürsorge für den Haftentlassenen zu meiden.

Würde die Strafhaft in den bezeichneten Fällen mit der Ueberführung in die Irrenanstalt (in der Irrenabtheilung der Strafanstalt bezw. des Strafgefängnisses läuft sie selbstverständlich noch weiter) nicht unterbrochen, so hätte der Staat auch die Verpflichtung zur Tragung der Kosten, und diese nimmt er nicht auf sich, da es sich vielfach um langwierige Krankheiten, nicht selten um jahrelangen Aufenthalt in der Irrenanstalt handelt.

Aus Gerichtsgefängnissen werden die Kranken gleichfalls unter ausdrücklicher Haftentlassung häufig zunächst der Polizeiverwaltung des Ortes überwiesen, welcher die weitere Unterbringung überlassen bleibt.

In ungenügender Würdigung der geschilderten Sachlage haben sich in meinem Beobachtungskreise auch schon Staatsanwälte und Gerichte gelegentlich durch den § 493 der Strafprozessordnung irreleiten lassen und trotz Haftentlassung die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit auf die Strafhaft — unrichtiger Weise — angerechnet.

In einem Falle hatte ich einen wieder als strafvollstreckungsfähig angesehenen Mann dem Gefängniss zur Abbüssung des Strafrestes zuführen lassen, und wenige Tage darauf kam er zu meiner nicht geringen Ueberraschung mit der Nachricht zu mir, der Staatsanwalt habe ihn mit der Begründung entlassen, dass er den Rest seiner Strafe bereits in der Irrenanstalt verbüsst habe.

In einem andern Falle vertrat der Staatsanwalt gleichfalls die Meinung, dass dem Kranken, den ich nach weitgehender Besserung zu entlassen beabsichtigte, dessen Entlassung er aber widerstrebte, die in der hiesigen Anstalt verbrachte Zeit von der Strafhaft abzurechnen sei, er wurde aber im Lauf der weiteren Verhandlungen von der Oberstaatsanwaltschaft alsbald eines Anderen belehrt.

Auch ein Landgericht (Strafkammer) beging den gleichen Fehler, indem es unter ausdrücklichem Hinweis auf § 493 St.-P.-O. dem Verurtheilten die Dauer des Aufenthalts in den Irrenanstalten Dalldorf und Nietleben von dem noch zu verbüssenden Rest in Abzug brachte, obgleich er mit der Ueberführung aus der Irrenabtheilung der Strafanstalt Moabit nach Dalldorf aus der Haft entlassen war.

Dieser Mann, welchem hiebei eine nach Lage der Dinge unberechtigte Wohlthat aus Irrthum zu Theil geworden, hatte übrigens weiterhin die ganze Härte und den starren Schematismus des Strafvollzuges durchzukosten. Nachdem das gegen ihn inscenirte Entmündigungsverfahren entsprechend dem von mir abgegebenen eingehenden Gutachten nicht zur Entmündigung geführt (er wich zwar in der Richtung der querulirenden Form der Paranoia von der Norm ab, jedoch hielten sich die Erscheinungen damals in den engsten Grenzen) und nachdem die Befürwortung von Gesuchen um Erlass des Strafrestes im Gnadenwege abgelehnt war, musste er — seiner Zeit wegen Anstiftung zum Meineide zu mehrjähriger Zuchthausstrafe verurtheilt — einen Strafrest von 8 Monaten in der Strafanstalt abbüssen. Seit seiner Entlassung aus der hiesigen Anstalt hatte er sich bis dahin durch nahezu drei Jahre, ohne erneute Conflicte mit dem Strafgesetz, seinen Unterhalt verdient und mühsam eine einigermaassen gesicherte Existenz errungen, welche durch die Vollstreckung des Strafrestes mit rauher Hand zertrümmert wurde. Nach Verbüssung der Strafe bedurfte es mehrfacher Unterstützung, um

ihm wieder aufzuhelfen und ihn dadurch zugleich vor Abwegen zu bewahren.

Warum der Erlass im Gnadenwege keine Befürwortung bei den betheiligten Justizbehörden fand, ist mir unverständlich. Hat die Gesellschaft nicht ein grösseres Interesse daran, dass der aus der Irrenanstalt entlassene frühere Gefangene sich ihr wieder als friedliches und nützliches, keinen ferneren Aufwand aus öffentlichen Mitteln verursachendes Glied einfügt, als daran, dass der — im vorliegenden Fall noch dazu verhältnissmässig geringe Rest einer Strafe bis zur letzten Minute vollstreckt wird, weil sie eben einmal vom Gericht ausgesprochen ist, unbekümmert darum, ob dadurch der Gesundheitszustand des Betroffenen aufs Neue gefährdet, die mühsam errungene Existenz wieder vernichtet und dadurch nicht nur eine gesellschaftsfeindliche Verbitterung begünstigt, sondern auch nach Verbüssung des Strafrestes erneute Noth und in Folge dessen unter Umständen die Grundlage für neue Vergehen gegen Gesetz und Ordnung geschaffen wird, von der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel abgesehen?

Mindestens in denjenigen Fällen, in welchen die bereits verbüsste Strafzeit mit dem unfreiwilligen Aufenthalt in der Irrenanstalt, der nach Haftentlassung nun einmal nicht auf die Strafe angerechnet werden kann, zusammen die gesammte Strafdauer erreicht, oder, wie es nicht selten eintritt, überschreitet, aber auch überall da, wo nach der Art der betreffenden Individuen die Durchführung des Strafvollzugs ohne erneute Ueberweisung nach der Irrenanstalt unmöglich erscheint, würde es in der That billig sein, wenn der Erlass des Strafrestes im Gnadenwege — bei der derzeitigen Lage der einschlägigen Bestimmungen die einzige Möglichkeit, das über dem Entlassenen schwebende Damokles-Schwert erneuter Inhaftirung zu beseitigen — herbeigeführt würde. Hier stösst dies, soweit meine Erfahrung reicht, auf die grössten Schwierigkeiten, während mir aus dem Königreich Sachsen bezügliche Fälle aus Gerichtsacten bekannt geworden sind.

So wie die Dinge gegenwärtig liegen, geschieht dem geisteskrank gewordenen Gefangenen mit seiner, eine Unterbrechung der Strafe voraussetzenden Ueberführung in eine Irrenanstalt, falls er wieder entlassungsfähig wird, insofern ein schlechter Gefallen, als er unter Umständen eine viel längere Freiheitsentziehung zu gewärtigen hat, wie bei ununterbrochener Verbüssung seiner Strafe und als ihm nach der Entlassung aus der Irrenanstalt fortgesetzte polizeiliche und gerichtliche Nachforschungen in Absicht der Vollstreckung des Strafrestes erwachsen, die geeignet sind, sein psychisches Gleichgewicht wieder zu stören.

Principiell bin ich der Meinung, dass die Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke von der Strafanstalts-Bevölkerung wieder befreit werden sollten (eine Begründung dieses Standpunktes in der so viel erörterten Frage würde hier zu weit führen), so lange dies aber nicht erreichbar, sollten meines Erachtens die Irrenabtheilungen an Gefangenenanstalten, deren thunlichste Vermehrung anzustreben wäre, die Erkrankten möglichst lange behalten und öfter, als es nach meiner Erfahrung zu geschehen pflegt, bei nur mehr geringfügigen Krankheitserscheinungen (Andeutungen von Verfolgungsideen z. B., die manchmal über das Maass dessen, was überhaupt unter den Gefangenen über die Aufseher colportirt wird, kaum hinausgehen) den Versuch der Fortsetzung eines vorsichtigen Strafvollzuges in der Hauptanstalt unternehmen, bei dessen etwaigem Misslingen ja die Rückkehr nach der Irrenabtheilung leicht zu bewerkstelligen bleibt; jedenfalls sind solche Versuche innerhalb verschiedener Abtheilungen desselben Instituts viel leichter durchzuführen, als etwa zwischen den verschiedenen Behörden unterstellten Irrenanstalten und Gefangenenanstalten.

In Preussen ist zu den ohnehin schon nicht geringen Schwierigkeiten, welche die Unterbringung und Behandlung der geisteskranken Verbrecher bieten, durch die Ministerialerlasse vom 15. Juni 1901 und vom 6. December 1901 (abgedruckt u. A. in dem Aufsatz von Aschaffenburg: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher" im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 25. Jahrgang, Mai 1902)*) noch ein ausserordentliches und meines Erachtens sehr bedauerliches Erschwerniss für die Entlassung hinzugetreten, welches auf die practischen Bedürfnisse zu wenig Rücksicht nimmt und überdies den beabsichtigten Zweck in keiner Weise erreicht.

Zur Begründung dieses aus der Erfahrung gewonnenen Urtheils möge kurz nur auf Folgendes hingewiesen sein.

Hat man — was begreiflicherweise an sich schon sehr schwierig und nur durch persönliche Vermittlung möglich — für einen Menschen solchen Vorlebens jemand gefunden, der ihm, sei es auf Grund von Beziehungen zur Anstalt, sei es (was viel seltner) aus allgemeinen socialen Gesichtspunkten, eine zum Unterhalt ausreichende Beschäftigung gewähren will (selbstverständlich hat man auch bereits vor den beregten Erlassen derartige Menschen nicht beliebig auf die Strasse gesetzt), so soll der künftige Arbeit-

*) s. Jahrg. III dies. Zeitschr. S. 200 u. Beilage zu Nr. 48. Red.

geber auch noch eine Reihe von Wochen (bei Einspruch seitens einer der betheiligten Instanzen entsprechend länger) sich gedulden, bis er endlich die fragwürdige Arbeitskraft erhält, eine Zumuthung, der gegenüber die Wenigsten Stand halten. Wartet er nicht, so beginnt das mühsame und langwierige Suchen und — falls dann ein anderer Ort (andre Polizeibehörde) gewählt werden muss — auch die ganze Reihe von Verhandlungen von Neuem. Und wenn nun nach dem ganzen zeitraubenden und verdriesslichen Verfahren und unendlicher Schreiberei die Entlassung glücklich erfolgt ist, wer will den Entlassenen hindern, alsbald, vielleicht schon am gleichen Tage, den Ort, nach dem er dirigirt ist, zu verlassen? Wo bleibt dann der Zweck der Erlasse?

Welcher Zwiespalt ausserdem in der Fürsorge für den Schutz der Gesellschaft!

Der rückfällige Verbrecher schlimmster Sorte, von welchem mit aller Sicherheit neue Angriffe auf Leben und Eigenthum seiner Nebenmenschen zu erwarten stehen, wird, so lange er nicht geisteskrank ist, nach der gegenwärtigen Gesetzeslage mit der Minute des jeweiligen Strafendes auf die Gesellschaft losgelassen, die Entlassung eines gefangenen und in der Haft geistig erkrankt gewesenen Menschen aber, welcher nach dem reiflich erwogenen Urtheil des Leiters der Irrenanstalt — und auf diesem ruht nach wie vor das Hauptgewicht der Verantwortung — nicht mehr als gefährlich anzusehen ist, sofern er nur einigermaassen geeignete Existenzbedingungen findet und mit gerichtlichen Proceduren und Strafvollstreckung nicht verfolgt wird, diese Entlassung wird mit mehrfachen Dornenhecken umgeben, die oft schwer zu übersteigen sind.

Am Schluss seiner schon oben citirten kürzlichen Auseinandersetzung über „die Unterbringung geisteskranker Verbrecher", mahnt Aschaffenburg: „Statt die Spannung zu erhöhen und durch unfruchtbare Opposition gegen die Einmischung der Verwaltungsbehörden in das Recht über den Kranken zu bestimmen, kann der Irrenarzt sehr viel zur Verständigung beitragen, wenn er in seinem Gutachten nicht nur die Entlassungsfähigkeit begründet, sondern auch auseinandersetzt, welche Maassnahmen er im Interesse des Kranken und der Strafrechtspflege für erforderlich hält. Die Mitwirkung der Verwaltungen und der Staatsanwaltschaft bei der Entlassung ist durch die Ministerialverordnungen genau vorgeschrieben. Die Erfahrung wird nunmehr zeigen müssen, wie sich diese Vorschriften bewähren und an wem die Schuld liegt, wenn auch weiterhin Schwierigkeiten entstehen. Sie dürften, wie ich nochmals wiederholen will, meiner Ansicht nach zu vermeiden sein, wenn beide betheiligten Behörden, die Vertreter der öffentlichen Rechtssicherheit und die der Irrenheilkunde, sich bemühen, den Standpunkt des andern zu begreifen und zu berücksichtigen."

Einen Theil solcher Schuld will ich mit den vorstehenden Erörterungen gern auf mich nehmen, wenn es ihnen gelingen sollte, dazu beizutragen, dass das durch die zuletzt besprochenen Erlasse gebotene Verfahren, wenn nicht beseitigt, doch wenigstens auf ein für die Handhabung erträgliches Maass zurückgeführt wird.

Mittheilungen.

— **Der Antwerpener Congress.** (Schluss). Mittwoch, den 3. September (3. Congresstag). Vorsitzender Dr. van Andel, später F. Gerényi, Shuttleworth und Voisin. Die Diskussion bewegte sich um das Thema: Geschlossene Anstalten oder Colonien und Familienpflege? „Vater" Amadeus Stockmans und Dr. Claus traten wieder als warme Vertheidiger der ersteren auf, ein Umstand, der schon an sich beweist, dass dieselben ein besonderes Interesse an der Integrität ihrer kirchlichen Anstalt in Mortsel haben müssen; sie fanden wenig Partner, gleichwohl vertheidigten sie ihren Standpunkt so angelegentlich, dass es zu heftigen und erregten Debatten kam, bis am Nachmittag der Vorsitzende constatirte, dass der Zweck des Congresses nicht der Widerstreit der einzelnen Verpflegungsarten, sondern die möglichste Verbesserung des Looses der Geisteskranken sei. An der Debatte betheiligten sich hauptsächlich: Voisin, Keraval, Alt, Gerenyi, van Andel, van Dalen, Peeters. Das Thema ist bei uns so eingehend erörtert, dass wir den Inhalt der Ausführungen in der Diskussion als bekannt voraussetzen dürfen.*) Bemerkenswerth ist die Mittheilung, dass s. Zt., als die Anstalt St.

*) Dank dem energischen Auftreten Alt's erfuhren die immer wiederkehrenden Versuche des Vaters Stockmanns und des Dr. Claus, die Bedeutung der Familienpflege herabzusetzen, eine gründliche Zurückweisung und dies hat nicht verfehlt, in der belgischen Tagespresse während der Zeit des Congresses einen günstigen Widerhall hervorzurufen, sodass das Ansehen der deutschen Irrenpflege durch Alt, der österreichischen durch Gerenyi, im Auslande erheblich vermehrt worden ist. Wenn man weiss, dass die belgischen Anstalten fast alle Unternehmungen sind, namentlich kirchliche, und dass sie einen jährlichen Gewinn von ein bis zwei Millionen Franken abwerfen, über deren Verwendung völliges Dunkel herrscht, da Anstaltsverbesserungen nicht stattfinden — dass die Aerzte vom Unternehmer angestellt und von ihm abhängig sind und pro Kopf und Tag bezahlt werden (mit 0,05 bis 0,10 Centimes), dass etwa $^1/_4$ — $^1/_3$ der Anstaltsinsassen colonisirbar sind, — so wird man die erwähnte Abneigung gegen dieses System verstehen!

Anna geschlossen und 163 ihrer Pensionäre nach Gheel überführt und dort colonisirt wurden, nur 3 davon in die Anstalt zurückversetzt werden mussten.

Am Donnerstag, den 4. September, begaben sich die Congressisten in grosser Zahl um 10^{28} nach dem nahegelegenen Gheel, das von den Einwohnern zu Ehren der „vreemde doktoren" festlich geschmückt war; auch das Publikum selbst war „endimanché". Der Ortspfarrer begrüsste die Besucher aufs herzlichste in dem Raum einer Kapelle, an der sie der Weg vorbeiführte und in die er sie einzutreten lud. Ein Sängerchor trug einige Lieder vor. Dr. Masoin bat darauf die Gäste zu einem Frühstück; nachher Rundgang durch die Colonie, die Director Dr. Alt im 1. Jahrgang dieser Zeitschrift bereits sehr eingehend geschildert hat. Auch die Kirche zur hl. Dymphne wurde besichtigt. Auf dem Marktplatz wurde den Gästen zu Ehren von 400 Sängern eine Cantate vorgetragen. Zum Schluss fand ein Banquet statt, bei dem Dr. Peeters den Toast ausbrachte.

Am Freitag, den 5. September (Vorsitzender Tamburini), erhielt zunächst Dr. J. Crocq, Chefarzt des Genesungshauses zu Uccle, das Wort zu seinem Vortrag über die Organisation der Irrenanstalten; er schilderte zunächst diejenige der nichtbelgischen Anstalten und machte dann Vorschläge für eine Neuorganisation der belgischen, und zwar 1. alsbald zu verwirklichende Reformen: Einführung a) des obligatorischen Studiums der Psychiatrie für die Medicinstudirenden, b) einer Specialprüfung in Psychiatrie, nur die docteurs en médicine psychiatrique sollten zu Anstaltsärzten ernannt werden dürfen, dieselben sollten fest angestellt und ausreichend bezahlt werden; es sollte gesetzlich die Verhältnissziffer von Aerzten und Kranken auf 1 : 100 festgelegt werden; wenigstens ein Arzt sollte in der Anstalt wohnen; bei grossen Anstalten sollte den Aerzten Privatpraxis nicht gestattet sein. 2. In Zukunft zu verwirklichende Reformen: a) Alle Anstalten für unbemittelte Kranke sollten staatlich verwaltet werden, b) jede Anstalt sollte einen ärztlichen Director haben, in dessen Händen die administrative und medicinische Leitung sich befindet und der staatlich angestellt wird.

Auch van Deventer spricht sich dahin aus, dass die Verwaltung der Anstalten in den Händen des Arztes sein müsse, so sei es in Holland; doch braucht seine Kraft nicht von Verwaltungsarbeiten absorbirt zu werden. Er empfiehlt die Anstellung eines besonderen Arztes für pathologische Untersuchungen.

Dr. Macpherson schildert die Art, wie die Anstalten in Schottland verwaltet werden. Die Inspectors of lunacy besuchen, die einen mindestens einmal, die anderen mindestens 4 mal im Jahre die Kranken. — In den Colonien sind unangenehme Zwischenfälle bei den Pfleglingen sehr selten. Dr. Cuylits vertheidigt die Privatanstalten; in staatlichen würden die Aerzte zu Beamten und verlören alle Initiative, wobei er folgende Anekdote zum Besten giebt: Ein amerikanischer Arzt nahm seinem Patienten das Gehirn heraus, um es zu reinigen und ihm in einigen Tagen wieder zu geben. Der aber kommt nicht wieder. Später trifft ihn der Arzt: „Warum holen Sie sich Ihr Gehirn nicht?" Der Anencephale erwidert: „Ich brauche es nicht mehr, ich bin Beamter geworden". — Der Staat habe kein Herz. — Marie bestreitet den Privatanstalten das Monopol der Aufopferung. — Er empfiehlt für die angehenden Anstaltsärzte eine Probezeit mit Examen. — Claus hält letztere auch für nöthig. Er ist gegen die Einmischung des Staates in die Privatanstalten, wenigstens in Belgien. — Nachmittags sprach Picquet über den chirurgischen Dienst in der Anstalt, Dr. de Geldern von der Oberflächlichkeit der Aufnahmeatteste, mittelst deren eine Person internirt werden könne, von den ausserhalb Belgiens bestehenden gesetzlichen Massnahmen zur Verhütung ungerechtfertigter Einsperrung und von den in Belgien zu treffenden Einrichtungen (amtsärztliches Zeugniss, ausser in dringlichen Fällen). — Meeus und Sano, Marie, Deventer, von dem Unterricht für das Pflegepersonal, Marie von der Beschäftigung der Kranken, Masoin von der Unterbringung der Epileptiker in der Familienpflege; 300 Epileptiker seien in Gheel und Lierneux; die Zahl der Unfälle ist verschwindend gering; in Gheel seit 1851 einer. — Auch diese Sitzung dauerte von früh $9\frac{1}{2}$ Uhr mit $2\frac{1}{2}$ Stunden Unterbrechung bis 5 Uhr.

Sonnabend, den 6. Septbr. (Vorsitzender: Buffet): Zur Discussion steht das Stadtasyl, wobei besonders Sano die Verhältnisse in Antwerpen schildert. —

Nach langen Verhandlungen wurden eine Reihe von Beschlüssen gefasst, die folgenden Wortlaut haben: Auf Vorschlag des Dr. Tamburini: „Der Congress spricht den Wunsch aus, dass die Unterbringung in Familien im weitesten Maasse angewandt werde." Auf Vorschlag des Dr. Alt: „Für eine beträchtliche Anzahl von Geisteskranken, die der Pflege bedürftig sind und für welche diese Art der Behandlung zulässig erscheint, stellt die Familienkolonie die natürlichste, freieste, beste und am wenigsten kostspielige Art der Pflege dar und ist ausserdem als ein wichtiger therapeutischer Factor anzusehen. Die Familienpflege kann mit jeder von einem Irrenarzt geleiteten und den Zeitbedürfnissen entsprechend eingerichteten Anstalt vereinigt werden, insbesondere, wenn die Pfleger und ihre Familien sich günstiger Wohnungsbedingungen erfreuen, was für die Heranziehung guter Pfleger unerlässlich ist. Aber bei der Mehrzahl der grossen Anstalten wird die Familienpflege nur beschränkte Ausdehnung finden können. Die Verallgemeinerung dieser Pflege wird nur erlangt werden können durch Gründung von Centralanstalten in passenden Gegenden, die im kleinen die bekannten besondern Einrichtungen widerspiegeln und als Ausgangspunkt für die Gründung von Familienkolonien dienen können. Diese letztern machen die bestehenden Anstalten nicht überflüssig; sie stellen keineswegs den passenden Aufenthalt für alle Arten von Geisteskranken dar, aber sie können in practischer und wenig kostspieliger Weise das stetige Anwachsen dieser Anstalten verhindern." Auf Vorschlag des Dr. Van Deventer: „Die Arbeit der Geisteskranken in diesen Colonieen muss unter Leitung der Anstaltsärzte vor sich

gehen, welche die Art und die Dauer der Arbeit bestimmen. Die Personen, die mit der Irrenpflege betraut werden, müssen eine theoretische und practische Berufsausbildung erhalten, die den Anstaltsärzten anvertraut ist. Die Leitung einer Anstalt muss dem Arzt auch hinsichtlich des Verwaltungsdienstes gehören. Jede Irrenanstalt müsste für je 100 Kranke einen Arzt besitzen, der im Interesse der ihm anvertrauten Kranken in der Anstalt wohnen müsste und keine Privatpraxis ausüben dürfte. Es wäre wünschenswerth, dass jede Irrenanstalt die nothwendigen Laboratorien hätte, um alles, was zur Beurtheilung der Krankheiten und zur Förderung der Irrenheilkunde beitragen kann, studiren zu können." Auf Vorschlag der Dr. Voisin, Marie, Leroux, Alt und Francotte: „Da die leichte Zugänglichkeit einer Anstalt und die frühzeitige Aufnahme in diese die sicherste Gewähr für die Heilung bilden, spricht der Congress den Wunsch aus, dass alle Erleichterungen gewährt werden mögen für eine schnelle Zulassung zur Behandlung von Kranken bei den ersten Anzeichen der Krankheit und ohne das immer geforderte obligatorische Zeugniss." Auf Vorschlag der Dr. Alt, Marie, Van Deventer und Tamburini: „Der Congress spricht aus, dass die Fortschritte der jetzigen Irrenheilkunde den Gebrauch von Zwangsmaassregeln verdammen." Auf Vorschlag der Dr. Tamburini, Ferrarini, De Croly und Ley: „Mit Rücksicht auf die grossen Vorzüge der medicinisch-pädagogischen Einrichtungen für zurückgebliebene Kinder ist eine weitere Entwicklung und Vervielfachung dieser Einrichtungen wünschenswerth. Die Erziehung in derartigen Anstalten muss abgesehen von ihrer geistigen und sittlichen Art auch practisch und auf Erlernung eines nützlichen Gewerbes gerichtet sein. Es ist wünschenswerth, dass sich wohlthätige Gesellschaften bilden, um die aus diesen Anstalten Entlassenen auf ihrem weitern Lebenswege zu fördern. Die wissenschaftliche Leitung aller dieser erzieherischen Anstalten und Sonderschulen soll eine ärztliche sein." Auf Vorschlag des Dr. Ferrari: „Da unter den Ursachen für die grosse Anzahl zurückgebliebener Kinder die Wissenschaft heute die Leiden der Mutter während der Schwangerschaft und der Entbindung und die daraus folgenden Krankheiten während der ersten Kindheit anerkennt und diese Ursachen leider mit den Bedingungen unseres socialen Lebens verknüpft sind, muss eine Abhülfe geschaffen werden. Der Congress beschliesst, zwei Abordnungen zu ernennen: eine technische, um die verhältnissmässige Wichtigkeit der verschiedenen Ursachen der Phrenasthenie zu studiren und eine andere, um die practischen Mittel zu deren Bekämpfung zu untersuchen." Auf Vorschlag der Dr. Ley und Ferrari: „Der Congress spricht den Wunsch aus, dass in den Familiencolonieen Anstaltsschulen errichtet werden, wo zurückgebliebene Kinder unter zuständiger ärztlicher Leitung vollständige ärztlich-erzieherische Behandlung empfangen." Auf Vorschlag des Dr. Schuyten: „Der Congress hält die Lösung der Frage für wichtig, inwieweit die in Familiencolonieen untergebrachten Geisteskranken die sie umgebenden Kinder und Erwachsene beeinflussen, und beschliesst die Bildung eines internationalen Ausschusses, dessen Mitglieder in den verschiedenen Ländern nach einem gemeinsamen Plan zu arbeiten hätten."

Schliesslich wurden noch 2 Vorschläge betr. Aufbesserung der Lage des Pflegepersonals in den Anstalten und Versicherung desselben gegen Unfall angenommen. —

Nach den herzlichsten Dankesreden an das Congresscomité, Director Dr. Peeters und Dr. Sano wurde der Congress geschlossen.

Gegen 1 Uhr reisten die Congressisten nach Lierneux zur Besichtigung der dortigen Familienpflege.

Der nächste Congress findet 1904 in Italien statt. —

Es würde den Raum eines ganzen Bandes erfordern, wollte man hier ausführlich über die Vorträge und Verhandlungen des Congresses, der als durchaus wohlgelungen bezeichnet werden muss, referiren. Es wird sich noch Gelegenheit finden auf den einen und anderen der Vorträge zurückzukommen.

— Einladung zur **dritten Conferenz der Trinkerheilanstalten des deutschen Sprachgebietes** in Stuttgart. Montag, 13. October 1902, nachmittags 3 Uhr: Berathende Versammlung im Mozartsaale der Liederhalle (Büchsenstrasse 59).

I. Constituirung der Versammlung; Begrüssungen. II. Weshalb ist ein Trinkerfürsorgegesetz in Deutschland nöthig, und welche Bestimmungen muss es enthalten? Dr. med. Waldschmidt (Charlottenburg). III. Die Nachpflege der als geheilt Entlassenen. a) Die Hilfe der Abstinenzvereine. Pastor Haacke (Rickling). b) Die Arbeit der Anstalt selbst. Pastor Kruse (Lintorf). c) Die Selbsthilfe der Geheilten. Hausvater Steffen (Kirchlindach, Schweiz). IV. Unsere Beteiligung am Internationalen Congress in Bremen. Pfarrer Neumann (Mündt). V. Geschäftliches. a) Die Ueberleitung der Conferenz in die Vereinsform. Dr. med. Colla (Finkenwalde). b) Die nächste Jahresversammlung. Oberregierungsrath Falch (Stuttgart). c) Wahlen. Die in Stuttgart am Vormittag des 13. October eintreffenden Conferenzbesucher werden gebeten, sich etwa von 10 1/2 Uhr an im Hotel Victoria am Bahnhofe (Friedrichstrasse 28) zum freien Gedankenaustausch zusammen zu finden.

Der Vorstand.

I. A.: Pastor Dr. Martius, Vorsitzender.

— Eine besondere Auffassung von der **Organisation einer Epileptiker- und Idioten-Anstalt** äussert der Pastor Bernhard in Kükenmühle bei Stettin. In seinem Bericht über die Anstalt sagt er, nachdem er ausgeführt, dass der Leiter der Anstalt mit den verschiedenen Zweigen der Beschäftigung vertraut sein müsse und der Arbeitsbetrieb eine einheitliche Leitung erfordere (was nichts Neues ist): „Ein Hinderniss, sich ein Verständniss in diesen Dingen anzueignen, sind weder pädagogische, noch theologische, noch medicinische Kenntnisse." Dem muss entgegengestellt werden: Epileptiker und Idioten sind Gehirnkranke und die Leitung der solche beherbergenden Anstalt muss naturgemäss derjenige führen, der das weitgehendste Verständniss für solche Gehirnkrankheiten besitzt, d. i. der Facharzt. Die aus dieser Kenntniss sich ergebenden Gesichtspunkte und Grundsätze sind

auch für die Erziehung und Beschäftigung der Epileptiker und Idioten maassgebend, daher muss auch das pädagogische Personal einer solchen Anstalt dem Arzte unterstellt sein. Der Arzt ist überdies eher in der Lage sich Kenntniss von den Lehren der einfachen Elementarschulpädagogik und von den einzelnen Beschäftigungsarten zu verschaffen, als der Pädagoge umgekehrt von den Gehirnkrankheiten und den krankhaften Abweichungen der kindlichen Seelenthätigkeit. Mit der Theologie aber hat eine solche Anstalt nicht mehr und nicht weniger zu schaffen als der Religionsunterricht, zu dessen Erteilung die Ausbildung der Elementarschullehrer völlig genügt, und Seelsorge und Gottesdienst es erfordern; für letztere genügen ein bezw. wo Pfleglinge beider Confessionen untergebracht sind, zwei Geistliche, die event. nebenamtlich anzustellen sind. Die richtige Organisation einer solchen Anstalt wäre also: ein Facharzt, zugleich als örtlicher Verwaltungsdirector, an der Spitze, ihm unterstellt einerseits die übrigen Aerzte, andrerseits die Lehrkräfte. — An den Kükenmühler Anstalten mit ihren ca. 926 Pfleglingen waren am 31. März 1902 laut obigem Bericht angestellt: 6 Theologen (nämlich 2 Pastoren, davon einer Leiter der Anstalt, 2 Hilfsprediger und 2 Vikare, also 1 Geistlicher auf 154 Pfleglinge). Dagegen nur 3 Aerzte (1 Arzt auf 308 Pfleglinge) und 5 geprüfte Lehrkräfte. Ein Seelsorger würde, wenn nur evangelische Pfleglinge in der Anstalt sind, vollständig genügen, wenn auch katholische, natürlich noch ein katholischer nöthig sein, doch scheint dies nicht der Fall, da von der Mitwirkung katholischer Seelsorge nirgends im Bericht die Rede ist. —

Auch aus einer anderen Stelle des Berichts spricht eine besondere Auffassung: „Auch der Arzt ist zu bitten, seine Visiten so zu legen, dass er die Ordnung nicht stört" (d. h. bei der Beschäftigung). Nach in ärztlich geleiteten Anstalten geltender, daher maassgebender Auffassung sind die Aerzte verpflichtet, die Pfleglinge gerade auch bei der Arbeit zu besuchen, damit hierbei Alles in zweckdienlicher Weise vor sich gehe.

Dem Bericht der genannten Anstalt zufolge war es möglich, zum Bau eines Diakonissen-Erholungshauses eine Summe von 10000 M. anzulegen. Das ist sehr lobenswerth; aber man fragt sich: warum wird in den staatlichen und städtischen Anstalten nicht die gleiche Fürsorglichkeit dem nicht-kirchlichen Pflegepersonal zu Theil, das bei den Geisteskranken einen zehnmal mehr aufreibenden Dienst hat?

— Die 33. **Versammlung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte** wird am 1. und 2. November in Stuttgart stattfinden. Vorträge sind spätestens bis Anfang Oktober anzumelden.

Die Versammlung wird am ersten Tag in dem Vortragsaal des Landgewerbemuseums, am zweiten Tag in dem Bürgerspital abgehalten werden. Wer beabsichtigt, Kranke vorzustellen, hat Gelegenheit, diese auf der Irrenabtheilung des Bürgerspitals unterzubringen.

Das nähere Programm wird sofort nach dessen Feststellung veröffentlicht.

Die Geschäftsführer:
Sanitätsrath Dr. Fauser, Urbanstr. 70 II.,
Sanitätsrath Dr. Wildermuth, Königstr. 20 I.

— Gerichtliche Entscheidungen. Eine principiell wichtige Entscheidung fällte das Gericht von Blois am 22. März 1900. —

Es wies nämlich die gegen den Arzt gerichtete Entschädigungsklage eines gefährlichen Alkoholikers ab, der behauptete ungerechtfertigter Weise sequestrirt worden zu sein. Der Gerichtshof erklärte sich für incompetent, die Amtshandlungen des Präfecten zu beurtheilen. Der Kläger sei auf Befehl des Präfecten in die Irrenanstalt gebracht worden, und nicht auf den des Arztes. — Uebrigens halte es das vom Arzte ausgestellte Zeugniss für wohl begründet und sachlich gerechtfertigt, es liege kein Kunstfehler vor.

Ann. Med.-Psych. 1901. Septb.-Octb.

— **Bemerkung zu den „Erklärungen" auf Seite 281.** Zur Orientirung für den Leser sei bemerkt, dass Möbius, selbst seit über 20 Jahren abstinent, in seinem Aufsatz: „Mässigkeit und Enthaltsamkeit" („Stachyologie" S. 219) im Wesentlichen die Taktik der Abstinenzler, nicht die Abstinenz selbst kritisirt. Wenn Möbius dort (S. 201) sagt: „Der Alkohol nährt nicht, wärmt nicht, befördert weder die Verdauung, noch die geistige oder körperliche Arbeit. Einzelne Gelehrte halten noch an der Meinung fest, dass ganz kleine Mengen Alkohol ganz vorübergehend die Muskelkraft steigern oder sonst etwas Gutes machen. Aber diese Erörterungen über einen etwaigen mikroskopischen Nutzen des Alkohols können an jenen hinreichend bewiesenen Verneinungen nichts ändern: praktisch genommen hemmt und schädigt der Alkohol stets die Thätigkeiten unseres Organismus. Auch darüber, dass der Alkohol kein brauchbares Arzneimittel ist, kann, von vereinzelten Fällen abgesehen, nicht mehr gestritten werden" . . . . —

und wenn Clemm in seinem Aufsatz: „Alkohol als Genuss-, als Nahrungs- und als Heilmittel" („Die med. Woche", 1902, S. 303) zu dem Schluss kommt: „Alkohol ist also, entgegen allem Ansturm der Temperenzler, 1) ein Nähr- und Genussmittel von Werth, so lange er in geringen Mengen genossen wird, und 2) ein Heilmittel von hoher Bedeutung, welche vielleicht bald genauer erkannt werden dürfte, wenn nach dem gegebenen Gesichtspunkte seine Anwendung überwacht und ermessen wird" . . . . — so sind das allerdings zwei recht verschiedene Standpunkte. —

Die Veröffentlichung der bereits vorher in der „Internationalen Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus etc." erschienenen Erklärung von Möbius in dieser Wochenschrift geschah auf besonderen Wunsch der Redaction der letzteren. Red.

Personalnachricht.

— Herrn San.-Rath Dr. Alter-Leubus wurde der Titel eines Geheimen San.-Raths verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 26. 27. September. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Project eines Stadtasyles.

Von *Dr. G. Kolb*, Bayreuth.

Eine Grossstadt beabsichtigt die zeitgemässe Versorgung ihrer Geisteskranken. —

Die Vertreter der Gemeinde haben unter Zuziehung der aus psychiatrischen und bautechnischen Sachverständigen bestehenden Baukommission folgende allgemeine Gesichtspunkte festgelegt:

1. Da für alle Erkrankte rascheste Verbringung unter sachverständige Pflege angestrebt wird, ist für das Stadtasyl eine centrale Lage vorgesehen.

2. Dieser centralen Lage entsprechend kann nur ein kleines Areal zur Verfügung gestellt werden.

3. Eine Belästigung der Anwohner ist nach Thunlichkeit zu vermeiden.

4. Das Asyl dient lediglich als Durchgangsstation d. h. die nicht heimathsberechtigten Kranken sind sofort nach Feststellung ihrer Zugehörigkeit resp. sogleich mit dem Eintritt der Transportfähigkeit der regionären Provinzialirrenanstalt zuzuführen, während diejenigen, welche der dauernden Fürsorge durch die Stadt unterliegen, mit dem Eintritte der Transportfähigkeit der im Bereiche des Vorortverkehrs neu zu errichtenden, kolonialen städtischen Anstalt überwiesen werden.

5. Das Stadtasyl soll eine Grösse erhalten, welche voraussichtlich noch in 20 Jahren den erhöhten Anforderungen der gesteigerten Bevölkerungsziffer genügen wird.

6. Um schon in den ersten Jahren eine vollkommene Ausnützung der Räume des Stadtasyles erzielen zu können, hat man in Aussicht genommen diejenigen unter den der ständigen Fürsorge durch die Stadt unterliegenden Kranken, welche besonderer Pflege und Aufsicht bedürfen oder für die sich der Exitus in absehbarer Zeit erwarten lässt, in den nächsten Jahren auch nach Eintritt der Transportfähigkeit nicht in die städtische koloniale Anstalt zu überführen,

sondern im Stadtasyle zu belassen; die Reduction der Zahl der unter jene Definition fallenden Insassen des Asyles unter gleichzeitigem Ausbau der Wachabtheilungen der kolonialen Anstalt wird für das Asyl den Uebergang bilden zu der Periode erhöhter Zugangsziffern in späteren Jahren.

7. Entspricht die thatsächliche Zunahme des Krankenstandes den angenommenen Ziffern, so ist nach Ablauf von 15 Jahren in vorbereitende Berathung über den weiteren Ausbau der städtischen Irrenfürsorge zu treten.

Aus den vom statistischen Bureau der Stadt gesammelten Angaben:

1. Jetzige Höhe der Aufnahmeziffer Geisteskranker.
2. Durchschnittliche jährliche Zunahme dieser Ziffer.
3. Durchschnittliche Dauer der bisherigen Verpflegung dieser Kranken in den alten Räumen — unter Berücksichtigung des Umstandes, dass bisher in Folge der ungenügenden Grösse und Einrichtung der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten Evacuirung oft früher als wünschenswerth gewesen wäre, erfolgen musste.
4. Jetzige Grösse und procentuales Wachsthum der Stadt.
5. Grösse und jährliche Zunahme des Fremdenverkehres.
6. Mittheilungen über bestehende Privatirrenanstalten im Bereiche und in der Umgebung der Stadt

lasse sich berechnen, dass eine für die Aufnahme von ca. 90 Kranken (50 Männer, 40 Frauen) eingerichtete Anstalt noch in 20 Jahren voraussichtlich allen Anforderungen genügen wird.

Die Baukommission gelangt auf Grund dieses Materiales zu folgenden Beschlüssen.

A. Allgemeines.

I. Die geringe Ausdehnung des zur Verfügung stehenden Areals zwingt zu einer möglichst weitgehenden Beschränkung der zu überbauenden Fläche d. h. zur grössten Einschränkung hinsichtlich der Zahl der Gebäude und zu einer geringen Flächen-Ausdehnung der Bauten bei einer stärkeren vertikalen Entwicklung derselben als sonst bei Irrenanstalten üblich.

Als unbedingt nothwendig wurde für jedes der beiden Geschlechter ein eigener Pavillon gefordert.

Ein 3. Gebäude enthält im Souterrain Koch- und Waschküche, weiterhin Räume für den administrativen und ärztlichen poliklinischen Dienst, Wohnungen für Aerzte und Beamte; Vorrathsräume.

Um die postulirte Krankenzahl in Bauten von der zulässigen Flächenausdehnung unterbringen zu können, musste man die Krankenpavillons mit 3 vollständig ausgebauten Stockwerken versehen.

Es wurde nicht verkannt, dass die Unterbringung einer grösseren Anzahl von Kranken, welche sich mit wenigen Ausnahmen im akutesten Stadium ihrer Psychose befinden werden, innerhalb eines Baues, in mehreren über einander liegenden Stockwerken, auf erhebliche Bedenken stossen muss und von Seite der psychiatrischen Sachverständigen wurde die Constatirung zu Protokoll gegeben, dass man auf diese Bauart nur eingehen konnte angesichts der Thatsachen, dass die maassgebenden Faktoren sich zu einer Aenderung der für den Bau maassgebenden principiellen Gesichtspunkte nicht entschliessen konnten und dass ein grösseres für den Bau geeignetes Terrain weder vorhanden noch in absehbarer Zeit zu beschaffen war; ferner nachdem die bautechnischen Sachverständigen in ihren Entwürfen eine Reihe von Einrichtungen und Vorkehrungen angegeben hatten, welche geeignet erschienen die Missstände auf ein zulässiges Maass zu reduciren.

1. Da der Schall leichter von unten nach oben dringt, als umgekehrt, wurde das Erdgeschoss eines jeden Krankenpavillons für die Aufnahme der relativ ruhigsten, der 1. Stock für unruhigere vorwiegend indolente, der 2. Stock für die unruhigsten Patienten bestimmt.

2. Innerhalb des Baues wurde eine Uebertragung des Lärmes durch besondere Construktion der Decken wie durch Anbringung eines schalldämpfenden Fussbodenbelags nach Möglichkeit verhindert.

3. Eine ca. 3 m tiefe, in der Frontseite vor den Haupträumen laufende geschlossene Veranda resp. die entsprechenden ebenfalls geschlossenen Altanen werden auf dieser Seite verhindern, dass der etwa aus den geöffneten Fenstern eines Stockes dringende Lärm sich im Innern der übrigen Stockwerke in unzulässiger Weise geltend macht.

4. Ausgehend von der Thatsache, dass erregte Kranke wohl nicht wesentlich weniger durch ihren Anblick, durch versuchte oder durchgeführte Angriffe — also durch optische und taktile — als durch den von ihnen ausgehenden Lärm — also durch akustische Reize — störend und erregend auf andere Patienten einwirken, wurde die Möglichkeit einer weitest gehenden Sonderung der Kranken angestrebt; dieselbe gestattet einige besonders störende oder erregte Kranke dem Ohre wie dem Auge vollständig, andere weniger erregte dem Blicke vollständig zu entziehen, den von ihnen etwa verursachten Lärm in wesentlich abge-

schwächter Stärke an das Ohr der anderen Kranken dringen zu lassen, ohne deswegen alle jene störenden Elemente in Isolir- oder Einzelzimmern unterbringen zu müssen.

So stehen in dem Männerpavillon für 52 Kranke

6 Krankensäle à 8 Betten,
6 Tagräume,
4 Einzelzimmer,
5 grosse Baderäume,
9 Isolirzimmer

in Summa 30 Räume zur Verfügung; rechnen wir diejenigen Zimmer, welche zur Aufnahme nur eines Patienten bestimmt sind (4 Einzelzimmer, 9 Isolirzimmer) ab, so stehen im Nothfalle für die restirenden 39 Patienten 17 Räume zur Verfügung, so dass auf einen Raum nicht mehr als 2—3 Insassen entfallen (2, 3).

Die 9 Isolirzimmer und 5 Baderäume sind von den Krankensälen in einer Weise getrennt, welche das Herüberdringen von Lärm bei den Isolirzimmern vollkommen ausschliesst, bei den Baderäumen auf ein sicher zulässiges Maass reducirt.

Die Baderäume konnten, da sie bei dem dominirenden Ueberwiegen frischer Psychosen sehr häufig zu Dauerbädern Benützung finden werden, für die Berechnung in diesem Falle als annähernd gleichwertig den Wohnräumen in Rechnung gezogen werden.

Noch günstiger sind die Verhältnisse bei den Frauen entsprechend deren zweifellos höherem Separationsbedürfniss gelagert.

Hier stehen für 40 Kranke

6 Krankensäle à 6 Betten,
6 Tageräume,
4 Einzelzimmer,
5 Baderäume,
8 Isolirzimmer

in Summa 29 Räume zur Verfügung; rechnen wir hier die Zimmer für Einzelverpflegung (= 4 Einzelzimmer, 8 Isolirzimmer) ab, so stehen im Nothfalle für die restirenden 28 Patienten 17 Räume zur Verfügung, so dass auf einen Raum dann durchschnittlich nicht einmal 2 Insassen entfallen (1, 8).

II. Die Möglichkeit einer Störung der Nachbarschaft durch den vom Asyle ausgehenden Lärm wird schon durch die oben erwähnte Vertheilung der Kranken in die verschiedenen Stockwerke auf ein geringeres Maass zurückgeführt, indem eine Belästigung durch die im 2. Stockwerk des Pavillons untergebrachten erregtesten Elemente im Wesentlichen nur für die Bewohner der obersten Stockwerke benachbarter Häuser in Frage kommen könnte.

Ferner wurde — das nachstehend Gesagte gilt in gleicher Weise für beide Krankenpavillons — die Einrichtung getroffen, dass in dem einen Flügelbau lediglich Separatzimmer für relativ ruhige Patienten vorwiegend der theueren Verpflegungsklassen, durch welche eine Störung nicht zu befürchten ist, vorgesehen wurden.

In der Front der Pavillons wurden die mit Kranken belegten Räume 3 m hinter die Frontlinie der Flügelbauten zurückgezogen und dieser Zwischenraum durch eine geschlossene Veranda resp. in den oberen Stockwerken durch geschlossene Altane ausgefüllt; dieselben werden, ohne dass die Zufuhr von Luft und Licht in unzulässigem Maasse verhindert würde, einen deutlichen Einblick in die betr. Räume von den benachbarten Wohnhäusern aus verhindern und zur Abschwächung des aus den Fenstern jener Räume etwa dringenden Lärms erheblich beitragen.

In ähnlicher Weise wurde auf der Rückseite der Mittelbau um ca. 3 m hinter die Frontlinie der Flügelbauten zurückgezogen; eine Veranda etc. hier aber nicht vorgesehen.

Es ist demnach die Gefahr einer Belästigung der Umgebung

a) ausgeschlossen auf der vom Flügel der Separatzimmer eingenommenen Seite,

b) ganz erheblich reducirt auf der Vorderseite,

c) etwas vermindert auf der Rückseite,

d) in unvermindertem Maasse lediglich zu befürchten auf der vom Flügel der Isolirzimmer eingenommenen Seite.

Durch diese Eintheilung ist es ermöglicht die beiden Krankenpavillons derart zu situiren, dass eine Störung der Nachbarschaft in einem unzulässigem Maasse wohl ausgeschlossen erscheint.

III. Aus der Bestimmung des Stadtasyles lediglich — resp. in den ersten Jahren vorwiegend — als Durchgangsstation, ergiebt sich das dominirende Ueberwiegen solcher Kranker, welche sich in den akutesten Stadien ihrer Psychose befinden.

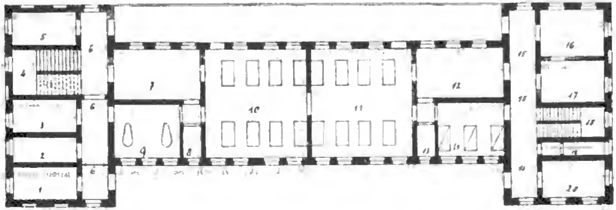
Es wird demnach

a) für fast alle Kranke Indikation für Bettbehandlung bestehen;

b) es wird sehr häufig Indikation für Badebehandlung besonders in Form des warmen Dauerbades gegeben sein;

c) Isolirung wird relativ häufig nicht zu vermeiden sein;

d) für einen recht erheblichen Procentsatz der Insassen wird sich eine ununterbrochene Ausdehnung der Pflege und Ueberwachung auch über die Dauer der Nacht als nothwendig erweisen.



1. Isolirraum I. 2. Handgarderobe. 3. Isolirraum II. 4. Treppe I. 5. Isolirraum III. 6. Corridor I. 7. Tagraum I. 8. Abort I. 9. Bad. 10. Krankensaal I. 11. Krankensaal II. 12. Tagraum II. 13. Abort II. 14. Pflegerzimmer. 15. Corridor II. 16. Besuchszimmer. 17. Jourzimmer. 18. Treppe II. 19. Abort III. 20. Spülküche.

Dimensionen und Bestimmung der Innenräume.

Nr.	Breite m.	Tiefe m.	Höhe m.	Bodenfläche qm.	Luftraum cbm	Bestimmung Parterre	I. Stock	II. Stock	III. Stock	Bei den Frauen	
1	5,10	2,60	3,70	13,26	49,06	Isolirr. I	Isolirr. IV	Isolirr. VII	Spülküche II	—	1
2	"	2,00	"	10,20	37,74	Handgarderobe I	Handgarderobe II	Handgarderobe III	—	—	2
3	"	2,60	"	13,26	49,06	Isolirr. II	Isolirr. V*	Isolirr. VIII	—	* Untersuchungsz.	3
4	5,50	3,60	—	19,80	—	Treppe I	Treppe I	Treppe I	Treppe I	—	4
5	5,10	2,60	3,70	13,26	49,06	Isolirr. III	Isolirr. VI	Isolirr. IX	—	—	5
6	2,10	15,00	"	31,50	116,55	Corridor I	Corridor III	Corridor V	Corridor VII	—	6
7	7,00	4,00	"	28,00	103,60*	Tagraum I	Tagraum III	Tagraum V	—	* 6,20 : 4,00 : 3,70 = 24,8 qm. : 91,76 cbm.	7
8	1,40	4,20	"	5,88	21,76	Abort I	Abort IV	Abort VII	—	—	8
9	5,35	"	"	22,47	83,14*	Bad I	Bad II	Bad IV	—	* 4,55 : 4,20 : 3,70 = 19,11 qm. : 70,71 cbm.	9
10	8,10	8,60	"	69,66	257,74*	Krankens. I	Krankens. III	Krankens. V	Haupt-	6,00 : 8,60 : 3,70	10
11	"	"	"	"	"	Krankens. II	Krankens. IV	Krankens. VI	garderobe	= 51,60 qm. = 190,92 cbm.	11
12	7,00	4,00	"	28,00	103,60*	Tagraum II	Tagraum IV	Tagraum VI	—	* = Nr. 7	12
13	1,40	4,20	"	5,88	21,76	Abort II	Abort V	Abort VIII	—	—	13
14	5,35	"	"	22,47	83,14*	Pflegerz. I	Bad III	Bad V	—	* = Nr. 9	14
15	2,10	15,00	—	31,50	116,55	Corridor II	Corridor IV	Corridor VI	Corridor VIII	—	15
16	5,10	3,70	3,70	18,87	69,82	Besuchsz.	Separatz. I	Separatz. III	Pflegerz. II	—	16
17	"	3,50	"	17,85	66,05	Jourzimmer	Separatz. II	Separatz. IV	Pflegerz. III	—	17
18	5,50	2,20	—	12,10	—	Treppe II	Treppe II	Treppe II	Treppe II	—	18
19	5,10	1,00	3,70	5,10	18,87	Abort III	Abort VI	Abort IX	Abort X	—	19
20	"	3,00	"	15,30	56,61	Spülküche I	Handgarderobe IV	Abtheilungspfl.	Pflegerz. IV	—	20

Diesen Postulaten sucht der Entwurf durch folgende Einrichtungen und Vorkehrungen zu genügen:

1. Die Krankensäle (10, 11) sämmtlicher Stockwerke der beiden Pavillons sind entsprechend den Anforderungen konstruirt, welche wir an für Bettbehandlung bestimmte Räume zu stellen berechtigt sind: Für jedes Krankenbett wurde ein Luftraum von 30 cbm vorgesehen, Lichteinfall und Lufterneuerung durch eine der Summe der Krankenbetten adäquate Zahl von Fensteröffnungen, welche sich in zwei einander gegenüber liegenden Hauswänden befinden, nach Möglichkeit sicher gestellt.

2 Das Erdgeschoss — bestimmt zur Aufnahme der relativ ruhigsten Kranken — verfügt über einen (6), die oberen Stockwerke über je 2 (9 u. 14) geräumige Baderäume von $22\frac{1}{2}$ (bei den Frauen 10) qm Bodenfläche und 83 (bei den Frauen $70\frac{1}{2}$) cbm Luftraum; für jedes Stockwerk ist ausserdem eine transportable Badewanne, welche Bäder in jedem beliebigen Raume zu verabreichen gestattet, vorgesehen; es stehen demnach $5 \times 2 + 3 \times 1 = 13$ Badewannen d. h. auf je 4 (bei den Frauen auf je 3) Kranke 1 Wanne zur Verfügung.

3. In dem einen der beiden Flügelbauten wurden 9 (1, 3, 5) (bei den Frauen 8) Isolirzimmer vorgesehen, bei denen durch Situirung und Construction eine Störung der Krankensäle ausgeschlossen, eine event. gegenseitige Störung der Insassen auf ein zulässiges Maass zu reduciren versucht wurde.

Der relativ hohe Procentsatz von 17,3 (bei den Frauen 20) Procent Isolirzimmer dürfte durch die Anhäufung von überwiegend ganz akut Erkrankten hinreichend gerechtfertigt erscheinen.

4. Die Krankensäle eines jeden Stockwerkes sind derart situirt, dass sie im Nothfalle durch je 1 Pfleger nachts mit Leichtigkeit vollkommen überwacht werden können; im Allgemeinen dürfte es genügen im 2. Stock nachts eine Doppelwache, welche event. auch die Ueberwachung der Isolir- und Separatzimmer zu übernehmen hätte, im 1. Stocke eine einfache Wache zu etabliren und auf diese Weise $\frac{2}{3}$ der Patienten unter ständige Pflege und Aufsicht zu bringen; die Ausdehnung derselben auf sämmtliche Kranke ist durch Aufstellung einer weiteren Wache im parterre jederzeit leicht ermöglicht.

Die vorübergehende Verstärkung einer dieser Wachen zur Doppelwache wird sich zeitweise ebenso wenig vermeiden lassen als die Aufstellung eines eigenen Wachpflegers für die Isolir- resp. Separatzimmer. —

B. Specielle Beschreibung der Krankenpavillons.

I. Allgemeines.

Die Pavillons der männlichen und weiblichen Abtheilung zeigen im Grossen und Ganzen identischen Grundriss.

Eine Ausnahme bilden die Krankensäle (10, 11), welche bei den Männern für je 8 Kranke bestimmt, auf der weiblichen Abtheilung nur für je 6 Kranke Platz bieten; es konnten dementsprechend Krankensäle (10, 11), Tagräume (7, 12), Baderäume (9, 14) der weiblichen Abtheilung durch entspr. Reduction des Breitendurchmessers etwas kleiner konstruirt werden als dies auf der männlichen Seite der Fall ist.

Ferner wurde einer der bei den Männern als Isolirzimmer dienenden Räume des 1. Stockes (3) als Untersuchungszimmer vorgesehen.

Die Pavillons sind im Wesentlichen dreistöckig projectirt, nur die Flügelbauten erhalten über dem Erdgeschosse, dem 1. und 2. Stocke noch ein 3. Stockwerk.

Die Bauten sind schon im Hinblicke auf die durch das kleine Areal gebotene Einschränkung der überbauten Fläche in reinem Pavillonstyl gehalten.

Unterkellerung ist, insoweit sie zur Etablirung der centralen Heizanlagen nothwendig erscheint, vorgesehen. —

II. Verwendung und Beschreibung der einzelnen Räume.

1. Krankensäle und Tagräume.

Die beiden Krankensäle (10, 11) eines jeden Stockwerkes, für Bettbehandlung von 8 (bei den Frauen von 6) Kranken eingerichtet, stossen unmittelbar an einander und grenzen auf der anderen Seite an die Tagräume (7, 12) einerseits, an die nothwendigsten Haupträume — Abort und Bad (8, 13 bezw. 9, 14) andrerseits.

Durch diese Anordnung ist eine möglichst intensive Ueberwachung und leichte Pflege bei relativ geringem Pflegeraufwand gewährleistet.

Die Krankensäle wurden relativ klein, d. h. nur für 8 bezw. 6 Kranke konstruirt, weil erfahrungsgemäss die Unruhe der in einem Raume vereinigten Kranken bei Erhöhung der Krankenzahl in viel höherem Maasse als dem einfachen Zahlenverhältnisse entsprechen würde, zunimmt.

Die Krankensäle sind unter sich und von den Tagräumen durch gut schliessende Doppelthüren mit Glasfenstern getrennt.

Auf Tagräume glaubte man, ohne zu verkennen, dass durch deren Wegfall eine ganz wesentliche Erleichterung der Konstruktionsbedingungen gegeben sei und ohne die Bettbehandlung etwa in den Hintergrund treten lassen zu wollen, nicht verzichten zu sollen in Anbetracht des günstigen Einflusses, den auf viele Kranke die Möglichkeit ausübt wenigstens einige Stunden aus dem Milieu der Krankensäle zu kommen, zumal die betr. Räume, wenn nicht als Tagräume benützt, eine treffliche Gelegenheit bieten besonders laute Kranke von den übrigen Patienten absondern zu können ohne zur „Isolirung" schreiten zu müssen.

Ein weiterer Grund, der für die Beibehaltung der Tagräume spricht, ergiebt sich aus einer Schwierigkeit, der wir in Bauten, welche — für Bettbehandlung bestimmt — im Pavillonstyl aufgeführt sind, begegnen: wo man nämlich die Patienten, während die Krankensäle der doch meist in recht kurzen Zwischenräumen nothwendig werdenden gründlichen Reinigung unterzogen werden, unterbringen soll; im vorliegenden Projecte bieten die Tagräume im Vereine mit den Baderäumen Platz hierzu in genügendem Maasse.

Die Tagräume (7, 12) erhielten eine Grösse, welche $^2/_3$ der im betr. Stockwerke untergebrachten Patienten den für diese Räume üblichen Luftkubus von 16 cbm sichert.

2. Die Isolirzimmer

(1, 3, 5), bei 13 $^1/_4$ cbm Bodenfläche 46 cbm Luftraum bietend, sind derartig angelegt, dass in der Horizontalen kein Isolirraum unmittelbar an einen 2. stösst; eingeschobene Corridorthüren verhindern, dass der in der Nachbarzelle durch Schlagen an die Thüre entstehende Lärm sich in unzulässiger Weise geltend macht.

Eine gegenseitige Störung in vertikaler Richtung wurde durch entsprechende Deckenkonstruktion, durch einen den Schall dämpfenden Bodenbelag auf ein zulässiges Maass zu reduciren versucht.

Eine Störung der Krankensäle durch den event. aus den Isolirzimmern dringenden Lärm erscheint durch die gegenseitige Situirung vollkommen ausgeschlossen.

Die nothwendigen Nebenräume, Bad und Abort (9 u. 8), sind von den Isolirzimmern aus leicht und rasch erreichbar.

Die Thüren erhalten verschliessbare Einblicköffnungen, damit auch nachts im Bedarfsfalle durch einen Pfleger einer Doppelwache resp. durch einen eigenen Wachpfleger eine zeitweise Controlle isolirter, aber einer gewissen Ueberwachung bedürftiger Kranker bethätigt werden kann, ohne dass die Patienten jedesmal durch Eintreten gestört werden müssten.

Die Leistungen des die Ueberwachung ausübenden Pflegers werden auch hier durch eine in vorgeschriebenen Zeiträumen zu markirende Wachuhr (wenn möglich mit Rückmeldevorrichtung) kontrollirt bezw. gesichert.

3. Die Baderäume

(9, 14) wurden der Art situirt, dass von allen, dauernd oder vorübergehend mit Kranken belegten Räumen (Krankensälen wie Tagräumen, Isolirzimmern und Separatzimmern) aus, directer Zugang besteht.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse stehen den Patienten die unmittelbar an die Krankensäle wie an die Tag- und Baderäume anstossenden

Aborte

I und II (8, 13) zur Verfügung; vom Flügel der Isolirzimmer ist der Abort I (8) durch den Baderaum hindurch leicht zu erreichen, während für den Flügel der Separatzimmer ein eigener Abort III (19) gegeben ist.

An

Nebenräumen

sind vorgesehen:

1. In jedem der beiden Seitenflügel eines jeden Pavillons eine Spülküche — als solche dient im Flügel der Isolirzimmer Raum 1 des III. Stockwerkes, im Flügel der Separatzimmer Raum 20 im Parterre. Jede Spülküche ist mit Wärmetisch ausgestattet; je ein auf der Rückseite des Baues — in den durch Mittelbau und Flügelbauten gebildeten Ecken — befindlicher Speiseaufzug ermöglicht die rasche Zufuhr der Speisen, die prompte Vertheilung des Geschirres.

2. Im Erdgeschosse wurde Zimmer 16 als Besuchszimmer eingerichtet, ferner

3. Zimmer 17 dem diensthuendem Arzte zur Verfügung gestellt.

4. Für die 3 grossen Abtheilungen eines jeden Pavillons wurde in jedem Stockwerke eine zwischen den Isolirzimmern (1, 3) gelegene Handgarderobe (2) vorgesehen.

Im Flügel der Separatzimmer dient Raum 20 im 1. Stock als Handgarderobe für die Patienten der Separatzimmer; im gleichen Raume werden die für den täglichen Gebrauch etwa nöthigen Requisiten, soweit sie nicht in den Spülküchen ihren Platz haben, untergebracht.

5. Die für das Pflegepersonal nöthigen Räume befinden sich im Wesentlichen im Flügel der Separatzimmer; hier dient im 2. Stocke Zimmer 20 dem Oberpfleger als Wohn- und Schlafzimmer,

während der gleiche Raum im 3. Stocke, sowie 16, 17 den Pflegern als Schlafräume dienen.

3 Pfleger — von jeder Abtheilung einer — schlafen nachts alarmbereit im Zimmer 14 des Erdgeschosses; ein Glockenzeichen des Wachpflegers ruft einen oder alle zur Unterstützung der Wache herbei.

Die Privatpfleger schlafen theilweise in den Zimmern der ihrer speciellen Obhut anvertrauten Kranken.

6. Ein Handdepot befindet sich in 5 des 3. Stockwerkes.

7. 2, 3 im gleichem Stockwerke dienen der Aufbewahrung von Requisiten.

8. Eine Hauptgarderobe befindet sich in den Bodenräumen über dem mittleren Theile des Mittelbaues.

9. Die Verbindung zwischen den einzelnen Stockwerken ist durch zwei Treppenhäuser (4. 18) sicher gestellt; diese sind so situirt, dass, wo immer auch im Hause ein Brand ausbrechen möge, den sämmtlichen Kranken doch stets mindestens eine Treppe zur Verfügung bleiben würde.

10. Die Veranda, 3 m tief, ca. 31 (bei den Frauen ca. 25) m breit, bietet die Möglichkeit bettlägerige Kranke, welche mit ihrem Bette hinausgefahren werden, in die frische Luft zu bringen ohne sie den Witterungseinflüssen direct aussetzen zu müssen; im 1. und 2. Stock erhöht der betreffende Altan — bei event. Verzicht auf Fensterschutz durch Gitter — die Sicherheit der Abtheilungen, indem ein Sturz oder Sprung aus dem geöffneten Fenster den Patienten nicht sofort in die Tiefe, sondern zunächst nur auf den Altan führt.

Veranda und Altanen sind in Eisenkonstruction projectirt, mit mächtigen in den unteren Theilen mit stärkerem Glas versehenen Fenstern, welche gestatten die Veranda resp. die Altanen vollkommen nach aussen hin abzuschliessen. Es wird unter diesen Umständen wohl kein Bedenken bestehen, den — ohnehin recht schwachen — Verkehr des Pflegepersonales zwischen den beiden Seitenflügeln der Pavillons über die ja vor jedem Witterungseinflusse geschützte resp. zu schützende Veranda bezw. über die Altanen zu leiten; auch die zeitweise Verbringung von hinfälligen, jedoch erregten Patienten, für welche das den Gartenbesuch ermöglichende Treppensteigen zu anstrengend oder sonst unzulässig erscheint, auf die Altanen des 1. und 2. Stockes dürfte bei solider Konstruction der Altanenfenster und bei einem verlässigem Pflegepersonal wohl als durchaus zulässig zu bezeichnen sein.

Dass die Altanen mit zahlreichen, nur durch die nothwendige Eisenkonstruction von einander getrennten Fenstern versehen, welche 1 m über dem betr. Boden beginnen und bis unmittelbar an den Fussboden des nächsten Stockwerkes heranreichen, den Haupträumen Luft und Licht nicht in unzulässiger Weise entziehen werden, dürfte sicher sein.

Ein weiterer Zweck dieses geschlossenen Aussenbaues: den aus den Fenstern dringenden Lärm zu dämpfen und den Einblick in die Krankensäle zu erschweren, wurde bereits weiter oben betont.

11. In das Freie führen

auf der Rückseite des Baues je eine Thüre von 6, 15 aus direct; ausserdem 2 Thüren auf die Veranda ebenfalls von 6, 15 aus; auf die Veranda resp. die Altanen gelangt man durch Thüren von den Krankensälen (10, 11) aus.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Ein Pavillon bietet Platz für

48 (36) Kranke der III.; 4 (4) Kranke der I. und II. Verpflegsklasse.

Die Isolirzimmer können hier, weil nur zeitweise und vorübergehend belegt, nicht mit in Rechnung gezogen werden.

Die Kranken vertheilen sich in folgender Weise auf die verschiedenen Stockwerke:

1. Erdgeschoss: (Relativ ruhige Kranke; vorläufig keine ständige Nachtwache),

16 (12) Kranke III. Klasse — 3 Pfleger (3 Pflegerinnen).

2. 1. Stock: (Unruhige Kranke; ständige Nachtwache),

16 (12) Kranke III. Klasse; 4 (4) I. und II. Klasse, 3 Pfleger (2 Pflegerinnen).

3. 2. Stock: (Die unruhigsten Kranken; ständige Doppelwache),

16 (12) Kranke III. Klasse; 4 (4) I. und II. Klasse — 4 Pfleger (3 Pflegerinnen).

Die 9 (8) Isolirzimmer werden durch 2 (2) eigene Pfleger (Pflegerinnen) versehen.

Für die Insassen der Separatzimmer sind Privatpfleger, von deren Bezahlung in der Regel die Gewährung der separaten Verpflegung abhängig zu machen ist, vorgesehen; von den zwei für jedes der beiden oberen Stockwerke demnach vorhandenen Privatpflegern kann je einer zum Abtheilungsdienste herangezogen werden.

Bei dem anstrengenden Dienste und in Anbetracht der relativ geringen Zahl von Pflegern erscheint es unzulässig, dieselben zu Nachtwachen heranzuziehen und es sind für den Nachtdienst eigene Pfleger vorzusehen; die Verpflichtung zum Wachdienst wechselt 1monatlich im Kreise des gesammten Pflegepersonales,

so dass bei einem Gesammtbestand von 20 Pflegern, und bei dreifacher Wache jeden Pfleger jeden 7. Monat Nachtdienst treffen würde.

Nach höchstens einjähriger Dienstzeit im Stadtasyle ist eine mindestens sechsmonatliche Verwendung als Arbeitspfleger in der städtischen kolonialen Anstalt zur Erholung vorgeschrieben.

Nach der umstehend gegebenen Eintheilung treffen, wenn wir die Privatpfleger ausser Rechnung lassen,

bei den Männern auf 48 Kranke 12 Pfleger, 3 Nachtpfleger = auf 3,2,

bei den Frauen auf 36 Kranke 10 Pfleger, 3 Nachtpfleger = auf 2,8 Kranke eine Person des Pflegepersonales.

Diese hohe Verhältnissziffer dürfte, da es sich ausschliesslich um Patienten handelt, welche an Pflege und Aufsicht die höchsten Anforderungen stellen, als nicht zu hoch zu bezeichnen sein.

Für jeden der beiden Pavillons ist ein Oberpfleger bezw. eine Oberpflegerin vorgesehen.

Für die Nacht tritt folgende Vertheilung ein

3 Pfleger sind auf Wache,

3 schlafen alarmbereit in Zimmer (14) Parterre,

4 schlafen in den Separatzimmern,

je 3 in Zimmer 17, 20, und 4 in Zimmer 16 des 3. Stockes.

Für die mir zugesandten kritischen Aeusserungen über mein Project einer Wachabtheilung für unruhige Kranke gestatte ich mir, besonders Herrn Oberarzt Dr. Neisser-Leubus und Herrn Oberarzt Dr. Fischer-Illenau meinen verbindlichsten Dank auszusprechen — ich werde mir erlauben auf sie sowie auf den objectiven Theil der Ausführungen von Dr. Frank-Münsterlingen an anderer Stelle einzugehen und bitte auch für das vorstehende Project um private oder öffentliche Kritik.

In einer grossen Anzahl von Zuschriften, für die ich gleichfalls bestens danke, wurde meine Ansicht, dass die Herausgabe einer zusammenfassenden Arbeit im Bereiche des Anstaltsbauwesens ein Bedürfniss sei, zugestimmt, ich hoffe in Kürze die Grundzüge des Programms hierfür vorlegen und die gütige Ansicht der älteren Herrn Collegen darüber erbitten zu können.*) Die Punkte, welche ich mir gestatten möchte in erster Linie zur Discussion zu stellen, sind:

„1. Erscheint die Unterbringung der unruhigsten Kranken im obersten Stockwerke durch die von mir erwarteten Vortheile gerechtfertigt oder überwiegen die sicher sehr erheblichen Nachtheile?

2. Erscheint die abgelegene Lage der Isolirzimmer unter den angegebenen Cautelen (Ueberwachung tags durch 2 eigene Pfleger, nachts durch den 2. Pfleger der Doppelwache) als zulässig?"

*) Von dem angedeuteten Werke „Sammel-Atlas für den Bau von Irren-Anstalten" (Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.) sind bereits 4 Lieferungen erschienen. D. Red.

Mittheilungen.

— Aus **Nieder-Oesterreich**. Der landwirthschaftliche Besitz von Mauer-Oehling ist durch einen in den letzten Tagen erfolgten Ankauf wesentlich erweitert worden. Es ist die Besitzung der Eheleute Kirchweger in Mauer-Oehling um den Betrag von 318000 Kronen erworben. Dieselbe umfasst ausgedehnte Acker-, Wiesen- und Waldgründe, ein grosses Wohnhaus sammt Wirthschaftsgebäuden und Stallungen, eine Walzmühle mit Wasserkraft, einen Ziegelofen und eine Brettersäge. Durch diesen Ankauf ist das Flächenausmass der Mauer-Oehlinger Anstalt auf 211 Hektare gestiegen. Der Viehstand ist jetzt 120 Kühe, 16 Pferde, 200 Schweine etc. Das Wohnhaus ist dazu bestimmt, 50 zu landwirthschaftlicher Beschäftigung geeigneten Kranken Unterkunft zu bieten. Auch die Colonie Haschhof der n. ö. Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging wird jetzt erweitert. Eben jetzt wurde ein geschmackvoll eingerichteter Pavillon für 60 Kranke fertig gestellt, welcher im Laufe des Monates Oktober eröffnet werden dürfte. —

Es erhielten Auszeichnungen anlässlich der Eröffnung der Kaiser Franz Josef Landes Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling:

Herr Landesausschuss Steiner das Comthurkreuz des Franz Josef Ordens, Herr Baurath von Boog und Herr Administrationsinspector Fedor Gerenyi das Ritterkreuz des Franz Josef Ordens, Herr Director Dr. Krayatsch den Titel eines Regierungsrathes.

— **Berlin**. Die Beschuldigung eines geisteskranken Quärulanten gegen die Leitung der Irrenanstalt in Herzberge hatte im Osten der Stadt und in Herzberge eine gewisse Aufregung hervorgerufen. Der in der Anstalt internirte Kranke hatte in einer Eingabe an die Staatsanwaltschaft nicht nur über eine unerhörte Behandlung durch die Wärter Klage geführt, sondern auch gegen den Leiter der Irrenanstalt schwere Anschuldigungen erhoben, die kaum wiederzugeben sind. Es verbreiteten sich allerhand abenteuerliche Gerüchte, bis die Criminalpolizei einschritt, indem sie eine Untersuchung einleitete. Hierbei hat sich herausgestellt, dass man es mit einem notorischen Quärulanten zu thun hat, der an Verfolgungswahn leidet und schon in anderen Irrenanstalten, in denen er internirt war, derartige Denunciationen geschickt zu verbreiten verstand.

— **Waldbröl**, 16. Sept. Im vergangenen Jahre fand in der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ein Kranker Aufnahme, der in den letzten Jahren keinen festen

Wohnsitz hatte, dessen Personalien aber auf Grund der bei ihm vorgefundenen Papiere festgestellt werden konnten. Vor einigen Tagen wurde wieder ein Kranker aufgenommen, dessen Personalien ganz genau mit denjenigen des zuerst aufgenommenen Kranken übereinstimmten. Bei einer Gegenüberstellung beider Personen ergab sich, dass beide in früherer Zeit miteinander gearbeitet hatten, bei welcher Gelegenheit der zuerst aufgenommene Kranke sich die Papiere seines Mitarbeiters aneignete und auch zwecks seines Fortkommens benutzte. Ein tragisches Geschick hat nun beide wieder zusammengeführt. (Köln. Ztg.)

— **Halle a. S.** Dem berühmten Irren-Arzte Prof. Dr. Reil, der hier nach segensreicher Thätigkeit auf dem idyllischen Reilsberg, dem jetzigen Park des Zoologischen Gartens, seine letzte Ruhestatt gefunden, hat der Verein deutscher Irrenärzte das Grab schmücken und verschönern lassen durch Errichtung einer Ehrentafel und Umgitterung der Gruft. Der Garten, in dem Reil ruht, ist s. Zt. dem verdienten Gelehrten von Friedrich Wilhelm III. geschenkt worden. (Siehe Jahrgang I, No. 1 u. 4.)

— Statistisches aus der Irren-Anstalt Sainte-Marie in Clermont-Ferrand. Von dem leitenden Arzte, Dr. P. Hospital. Dr. H. ist 31 Jahre lang Chefarzt obgen. Anstalt gewesen, sein Vater 34 Jahre. Schon frühe hat er letztern bei den Krankenvisiten begleitet; ist später, nach absolvirter Studienzeit, sein Assistent und dann sein Nachfolger geworden.

Die Anstalt wurde vom Assumptionisten-Orden nicht eigentlich gegründet, aber gleich nach deren Gründung im Jahre 1836 übernommen und zu grosser Blüthe gebracht. Ihre Gebäulichkeiten, immer wieder vergrössert und modernen Anforderungen angepasst, beherbergen jetzt 950 Kranke und stehen auf einem Complexe von 8 Hectaren Land. Dr. H. hat nun aus den (zu einer guten Hälfte von ihm selbst verfassten) Journalen (besonders von 1838 an) die wichtigsten Daten ausgezogen und zusammengestellt, die, weil auf grossen Zahlen fussend, von Interesse sind.

Die Anstalt hat von 1838 bis Juni 1900 die Zahl von 9692 Kranken (4012 M., 5680 W.) aufgenommen, wovon aber etwa ein Sechstel wiederholte Aufnahmen betrifft. Bei den Männern findet sich die grösste Ziffer (608) im Alter von 35—40 Jahren, bei den Weibern (755) zwischen 25 und 30. —

1473 M. sind geheilt und gebessert ausgetreten, = 36,7 %, 2089 W. ebenso = 30,8 %.

In andre (besonders staatliche) Anstalten transferirt wurden 1667 M. (41,5 %) und 72 W. (1,2 %). In der Zeit von 1854 bis Juni 1900 (vorher sind die Angaben unzuverlässig) starben 2300 (514 M. 1786 W.). Die speciellern Angaben über die Krankheitsformen können nicht leicht im Auszuge wiedergegeben werden, da sie bezüglich Nomenclatur u. s. w. noch auf dem Boden der Esquirol'schen Eintheilung stehen. Aber erwähnenswerth ist es, dass die Anstalt während langer Jahre den Dienst einer Staatsanstalt geleistet und viel Gutes gethan hat, und einzig in seiner Art wird es wohl sein, dass deren Chefarzt, Dr. Hospital, über ein halbes Jahrhundert an derselben und nur an derselben, in verschiedenen Stellungen thätig gewesen ist, offenbar zeitweise unter schwierigen Verhältnissen und selten sich Erholung gönnend. — Das ist eine schöne Leistung. Ann. Med.-Psych. 1901, p. 405 ff.

G. Burckhardt.

— Aus der wissenschaftlichen **Bibliothek einer Irrenanstalt** muss, wenn sie nicht einseitig sein und die Leser einseitig machen soll, nicht nur medicinische, sondern auch allgemeine Bildung geschöpft werden können; namentlich herrscht jetzt bei den Collegen grosse Neigung, sich mit socialpolitischen Dingen und Fragen zu beschäftigen. Eine für diesen Zweck sehr empfehlenswerthe Zeitschrift ist die seit kurzem erscheinende „Politisch-anthropologische Revue" Monatsschrift für das sociale und geistige Leben der Völker. Herausgeber: L. Woltmann und Hans K. E. Ruhmann, Thüringische Verlags-Anstalt, Eisenach und Leipzig. Unter den Mitarbeitern finden sich eine Reihe namhafter Psychiater. —

Eine andere nichtmedicinische Zeitschrift, die der wissenschaftlichen Bibliothek unserer Anstalt alle Ehre machen würde, ist die „Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten". Officielles Organ des Alkoholgegnerbundes und des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes, Verlag von Friedrich Reinhardt in Basel, von Dr. Hermann Blocher in Basel trefflich redigirt; unter den 25 mitwirkenden Herren finden wir 8 Psychiater! Besonders anregend waren z. B. die in den letzten Heften erschienenen Erörterungen über „Alkohol und künstlerische Produktionen". Der Abonnementspreis beträgt nur 4 M. pro Jahr.

Referate.

— Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 35 Heft 1.

Jahrmärker-Marburg. Zur Frankenberger Ergotismusepidemie und über bleibende Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem.

Ueber die Mutterkornerkrankung, welche nach Brotgenuss vor 20 Jahren im Frankenberger Kreise in Hessen wüthete, ist im Archiv Bd. 11, 13, 18 und 25 ausführlich berichtet worden. Im Sommer 1901 wurden über 42 damals erkrankte Personen, die jetzt noch leben, Erkundigungen eingezogen, und von im Ganzen 67 Fällen wurde das weitere Schicksal nach der Erkrankung bekannt. Ueber ein Viertel der Individuen genasen und blieben gesund, alle übrigen behielten dauernde oder vorübergehende, nervöse Störungen. Jugendliche behielten Neigung zu Krämpfen, andere blieben mehrere Jahre geistig und körperlich zurück, machten aber dann gute Fortschritte, andere blieben dement. Erwachsene behielten Kriebelgefühl, geringe fibrilläre Zuckungen an den Extremitäten, Krampfziehen und Schwindelgefühl, welche sich aber nach vielen Jahren noch verloren, sowie dauernd eine auffällige Ermüdbarkeit, Neigung zu Kopfschmerzen und bekamen zur Zeit des Klimacteriums hysterische Symptome. Andere blieben intellectuell geschwächt, zeigten aber noch sehr lange Tendenz zur Besserung.

Recht häufig kamen späterhin epileptische Anfälle zur Beobachtung und zwar hauptsächlich bei Jugendlichen.

Die Kinder von 15 damals Erkrankten sind bis auf 1, welches nervenschwach sein soll, frei von irgend welchen Störungen geblieben.

Kalmus-Lübeck. Ehescheidung bei inducirtem Irresein nach einem Gutachten erläutert.

Seitdem das B. G. B. in Kraft getreten ist, wird die Folie à deux zum ersten Male Gegenstand eines veröffentlichten Gutachtens wegen Ehescheidung.

Ein Lehrer, dessen Frau an Paranoia chron. leidet, erkrankte an inducirtem Irresein, genas nach 2jährigem Anstaltsaufenthalt vollständig, während die in der gleichen Anstalt untergebrachte Frau unheilbar dort verblieb. Die letztere übte eine sehr erhebliche inficirende Kraft aus, denn sie bewirkte nicht nur bei 2 Entweichungen nach Hause, dass die Wahnideen bei ihrem Mann wieder auflebten, sondern sie übertrug auch ihre Ideen z. Th. auf eine Mitkranke.

Nach der strengen Auffassung d. Verf. bot die Psychose an sich keine Handhabe zur Entscheidung, dagegen gab die relative Eigenart den Ausschlag. Da jede intime Verkehrsbeziehung den Mann der sicheren Gefahr wieder zu erkranken überantwortete, so wurde die Ehescheidung für geboten erachtet. Der Richter schloss sich dem Gutachten an.

Heft 2:

Pick-Prag. Zur Psychopathologie der Neurasthenie.

Eine 70jährige Frau hat seit ihrer Kindheit „über alles Herzeleid", auch über Dinge, die sie gar nichts angehen. Diese Eigenschaft auf alle irgendwie auch nur die Möglichkeit negativer peinlicher Gefühlstöne bietenden Vorstellungen in ganz ungewöhnlichem Maasse zu reagiren, hat sie vom Vater ererbt, aber erst im Senium verschlimmerte sich der Zustand so, dass sie social unmöglich wurde. Nach einem leichten Schlaganfall mit kurzdauernder rechtsseitiger Schwäche und Aphasie kehrte der alte Zustand, der sich durch keine Modication bessern liess, wieder zurück.

Verfasser grenzt die Krankheit, deren Hauptsymptome Morel als impressionabilité und émotivité en excès bezeichnet hat, von anderen Krankheiten (Melancholie, psychische Hyperästhesie, Zwangsvorstellungen u. s. w.) ab, fasst sie als neurasthenische Psychose auf und formulirt daraus ein besonderes Krankheitsbild.

Kölpin-Greifswald. Beitrag zur Kenntniss der inducirten Psychosen.

Verf. fasst den Begriff des inducirten Irreseins enger als gewöhnlich und fordert namentlich, dass die secundär erkrankte Person nicht nur von den Wahnideen der anderen Person überzeugt ist, sondern auch dieselben in jeder Hinsicht unterstützt und das Wahnsystem weiter auszubauen vermag.

Es werden zwei recht interessante Fälle geschildert (Querulantenwahn und Paranoia). Bei dem ersteren ist die secundär erkrankte Person (ein Lehrer) im Verlauf der Krankheit schliesslich diejenige, welche die Führung übernimmt und das primär erkrankte Individuum in rücksichtslosem Vorgehen gegen die gemeinsamen Feinde übertrifft.

Die inducirten Fälle von Querulantenwahn sind nach Ansicht d. Verf. nicht nur in hohem Grade remissionsfähig, sondern sogar heilbar.

Auerbach-Frankfurt a. M. Ueber einen Fall von myasthenischer Paralyse.

Im Anschluss an ein körperliches und psychisches Trauma entwickelte sich allmählich bei einer 37jährigen Patientin vor 17 Jahren das Bild der myasthenischen Paralyse, wie es durch die Beschreibungen von Oppenheim u. a. bekannt geworden ist. Interessant war besonders, dass die Muskeln der Extremitäten durch den Willen nicht in sichtbarer Weise ermüdeten, wohl aber durch den faradischen Strom, und dass die Krankheit bereits 17 Jahre dauerte, während in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle nur eine 1 bis 3jährige Dauer bis zum Tode bekannt geworden ist. — Die Kranke starb dann im Ausland an Respirationslähmung, Section wurde nicht gemacht.

Raecke-Tübingen. Statistischer Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse.

Unter den Aufnahmen der Tübinger Klinik wurde ein allmähliches Anwachsen der Paralysen im Allgemeinen und bei den Frauen im Besonderen constatirt. Bei 110 bis zum 1. IV. 1901 aufgenommenen Paralytikern (92 M. und 18 Fr.) war Lues, die bei den Männern recht oft in der Militärzeit erworben war, in 57,3 % sicher, in 20,9 % wahrscheinlich. Antiluetische Therapie brachte nach Ausbruch der Paralyse in 42,0 % der geeigneten Fälle gewisse Besserung (nach Hg allein oder in Verbindung mit KI), niemals aber eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Potus fand sich nur in 25,5 %, Trauma in 5 %, dagegen ziemlich häufig neuropathische Veranlagung (31,8 %). Von den sonstigen zahlreichen Einzelangaben sind noch zu erwähnen, dass die Wiederkehr eines zweifellos erloschenen Patellarreflexes niemals gesehen wurde, dass das Ueberwiegen der dementen Form nicht zu finden war (nur 12,7 %) und dass 20,9 % der Paralytiker Selbstmordversuche machten.

Heft 3:

Stephan Kekule von Stradonitz, Dr. jur. utr. et phil., Fürstl. Schaumburg-Lippischer Kammerherr. Ueber die Untersuchung von Vererbungsfragen und die Degeneration der spanischen Habsburger.

An dem Beispiel der spanischen Habsburger zeigt Verf. in seiner ausserordentlich klar und interessant geschriebenen Arbeit, welche Methode bei der Untersuchung von Vererbungsfragen von den Medicinern befolgt werden muss. Nicht mit Stammbäumen, sondern mit Ahnentafeln ist zu operiren, und es müssen stets alle, oder wenigstens möglichst viele, Geschwister der zu berücksichtigenden Person mit in Betracht gezogen werden. Erst wenn eine grosse Zahl derartiger Untersuchungen vorliegt, dürfen allgemeine Sätze aufgestellt werden. Vorläufig kann die Genealogie jeden Fall, den die Medicin heranzieht, um für die erbliche Belastung eine allgemeine Regel aufzustellen, einen analogen Fall an die Seite stellen, bei dem die Regel versagt.

— Allgemeine Zeitschrift f. Psych. u. psych. ger. Medicin. 59. Bd. 2. Heft.

Mönkemöller-Osnabrück. Casuistischer Beitrag zur Geschichte der Irrenbehandlung im 18. Jahrhundert.

Fall von Paranoia persecutoria mit ausgesprochenem querulirenden Character, der dem Staatsarchiv zu Osnabrück vom Jahre 1773 entnommen ist. Da der Kranke eine hohe Stellung einnahm, wurde er trotz seiner unaufhörlichen Querelen mit grosser Langmuth von allen Behörden behandelt. Eine grössere Anzahl von Aerzten, welche sich über ihn gutachtlich zu äussern hatten, gaben ihre Ansichten zwar in schwülstiger, weitschweifiger, aber verständiger und sachgemässer Form ab. In dem aufgestellten Curplan wurde besonders abstinentia concubitus verlangt.

— Ueber einen Fall von totaler retrograder Amnesie von Dr. Binswanger-Constanz. Sonderabdruck aus der v. Leyden-Festschrift, II. Band.

Bei einem exquisiten Neuropathiker trat plötzlich im 47. Lebensjahr eine epileptische Psychose mit characteristischem Dämmerzustand auf, welche 1891 Anstaltsaufnahme nothwendig machte. Als Patient klar wurde, bestand Amnesie, die sich zunächst auf diese Krankheitsphase erstreckte und nachher rückschreitend auf eine Zeitdauer von 15 Monaten. Im weiteren Verlauf hat sich das Bestehen von dauernder Epilepsie in Gestalt von petit mal und seltenem grand mal ergeben, und seit Eintritt in das höhere Alter (1900) ist Diabetes (bis 1 % Zucker) nachgewiesen.

Eine so lange dauernde retrograde Amnesie gilt im Allgemeinen als typisch für Hysterie, bei Epilepsie sind bisher nur 2 ähnliche Fälle, von Strümpell und Alzheimer, veröffentlicht worden.

— Zur Kenntniss der psychischen Erkrankungen durch Bleivergiftung von Dr. Quensel, II. Arzt der psych. und Nervenklinik d. Univ. Leipzig. Mit 2 Tafeln. Sonderabdruck a. d. Arch. f. Psych. Bd. 35, Heft 3.

Die klinische Erfahrung lehrt hauptsächlich drei Formen acuter Bleipsychosen kennen, Bleimanie, das hallucinatorische Bleidelirium und die durch combinirte Einwirkung von Blei und Alkohol entstehenden Delirium tremens-artigen Zustände. Allen dreien gemeinsam ist die nahe Beziehung bezw. sogar Verwandtschaft zur Epilepsie, so dass der epileptische Character als eine specifische Eigenthümlichkeit dieser Zustände bezeichnet werden kann. Unter diesen kommt der Bleimanie wiederum eine gewisse Sonderstellung zu.

Verf. beschreibt 6 Fälle aus der Leipziger Klinik und bespricht besonders einen Fall von reiner Bleimanie bei einer 29jährigen Frau, die 2 Stunden p. m. zur Section kam. Klinisch war characteristisch und darf nach der Ansicht d. Verf. als specifisch für Bleimanie angesehen werden das anfallsweise Auftreten der einzelnen Krankheitserscheinungen und besonders der schroffe Wechsel im Bewusstseinszustand, im motorischen Verhalten und in der Stimmung. Mikroskopisch liessen sich deutliche Veränderungen des Kernes und des Zellleibes der Ganglienzellen feststellen.

Arnemann, Gr.-Schweidnitz.

— Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. Lehmann's medicinische Handatlanten Bd. XXVII. 1902. 628 S. 16 M.

Verf. hebt im Vorwort selbst hervor, dass für das Studium der Psychiatrie bildliche Darstellungen nicht die gleiche Bedeutung haben, wie etwa für das der Chirurgie oder pathologischen Anatomie. Das ist gewiss richtig; aber gerade das vorliegende Buch liefert den practischen Beweis, dass auch hier die Abbildungen keineswegs überflüssig sind, vielmehr bei richtiger Auswahl und guter Ausführung recht instructiv sein können.

Die Auswahl der darzustellenden Gegenstände ist durchaus zweckmässig, wenn man auch hier und da ein Bild treffen mag, das man für überflüssig halten möchte, — Meinungsverschiedenheiten sind ja in solchen Dingen unvermeidlich. Durchweg sind solche Gegenstände zur Darstellung gewählt, bei welchen thatsächlich die optische Wahrnehmung zum vollen Verständniss nothwendig ist. Und durch die vortreffliche technische Wiedergabe wird es erreicht, dass die Abbildungen in der That dem Lernenden fürs erste einen recht anschaulichen Begriff von der Sache vermitteln, wenn sie auch natürlich das Studium der Natur nicht entbehrlich machen können, was ja garnicht beabsichtigt ist.

Unter den farbigen Tafeln seien besonders die Gehirn-anatomischen Darstellungen als ganz vortrefflich hervorgehoben, während bei einigen der klinischen Tafeln eine recht überflüssige grelle Buntheit nur störend wirkt. Ein Fehler der farbigen Tafeln ist ihre Neigung zum Zusammenkleben mit der gegenüberliegenden Seite, wodurch beide Schaden leiden. — Die schwarzweissen Darstellungen sind durchweg von characteristischer Schärfe und Klarheit.

Der Text des Buches soll nicht nur eine die Illustrationen begleitende Erläuterung sein, vielmehr soll er „eine möglichst praecis gefasste Darstellung der gesammten Psychiatrie" bieten. Er zerfällt also naturgemäss in einen allgemeinen und einen speciellen Theil.

Der allgemeine Theil ist durch die knappe, gedrängte Darstellung theilweise etwas schwer verdaulich geworden. Das ist kein Vorwurf für den Verfasser. Die allgemeine Psychopathologie eignet sich nun einmal nicht zu so kurzer Darstellung. Eine solche ist durchaus am Platze, wo die objectiven Thatsachen einer Erfahrungswissenschaft mitzutheilen sind Aber das ist die Psychologie doch noch nicht, sondern will es erst werden; und um sich in den verschlungenen Pfaden psychologischer Theorien zurechtzufinden, braucht der Lernende eine ausführlichere Darstellung. — Die anderen Kapitel des allgemeinen Theils, ich nenne z. B. die pathologische Anatomie, die Prognose, die Therapie; dürften dagegen ihren Zweck durchaus erfüllen. Im Kapitel über allgemeine Diagnostik würde ich es für zweckmässig halten, dem Anfänger den Gang der psychiatrischen Untersuchung etwas praeciser, etwa an der Hand eines Schemas vorzuschreiben. Die erforderlichen Abweichungen vom Schema findet der Geübtere von selbst, während der Anfänger ohne Schema in Gefahr geräth, wichtiges zu übersehen.

Der specielle Theil schliesst sich in der Systematik

der Hauptsache nach an Kraepelin an. Vortrefflich ist besonders die Schilderung des manisch-depressiven Irreseins, zu dessen Klärung der Verf. ja schon früher wesentlich beigetragen hat. In dem Kapitel über die juvenilen Verblödungsprocesse drängt sich der Einwand auf, dass die aufgestellten Unterformen nicht scharf von einander zu trennen sind, sondern ohne Grenze in einander fliessen; in der Praxis muss man sich doch recht oft mit der allgemeinen Diagnose Dementia praecox begnügen. Den Erschöpfungspsychosen hätte ich, ihrer practischen Wichtigkeit wegen, eine etwas ausführlichere Darstellung gegönnt. Hervorhebung verdient endlich noch der Abschnitt über die Alkoholpsychosen, welche die ausführliche Besprechung wohl ihrer wachsenden Actualität zu verdanken haben. Besonders die Erörterungen über die sociale Bedeutung des Alkoholismus dürften für recht viele practische Aerzte eine nützliche Lectüre sein.

Ein didaktisches Hilfsmittel von grosser Bedeutung sind die in allen Kapiteln reichlich eingefügten Krankheitsfälle. Alle Krankheitsformen von practischer Wichtigkeit wurden durch einen oder mehrere trefflich geschilderte Fälle illustrirt. Dass es sich dabei fast durchweg um sorgfältig ausgewählte Schulfälle handelt, ist ja nur natürlich und liegt auch im Interesse des Lernenden. Nur möchte man diesen immer wieder gern darauf hinweisen, dass er in der Praxis nicht darauf rechnen darf, stets so „schöne" Fälle zu sehen.

Dem practischen Arzte, der, ohne viel Zeit darauf verwenden zu können, sich über psychiatrische Fragen orientiren will, wird Weygandt's Buch ein willkommener Rathgeber sein. Ebenso kann es dem Anfänger zur Einführung in die Psychiatrie nur empfohlen werden. Dass es die ausführlicheren Lehrbücher verdrängt, ist nicht zu befürchten; wer eingehendere Belehrung sucht, wird von selbst zu diesen greifen.

Deiters-Andernach.

— Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Unter Mitwirkung von Professor Dr. Aschaffenburg, Privatdocent Dr. Schultze, Prof. Dr. Wollenberg, herausgegeben von Professor Dr. Hoche. Berlin 1901. Verlag von A. Hirschwald. Grossoctav. 732 Seiten.

Wer sich dieses Werk angeschafft hat, kann sich der angenehmen Empfindung nicht erwehren, etwas zu besitzen, was ihm eigentlich längst fehlte. Ref., dessen Zeilen sich nicht nur auf das einmal durchblätterte, sondern, jetzt nach Jahresfrist, auf das gehandhabte Buch beziehen, ist in der Lage zu sagen, dass er es eigentlich nicht mehr entbehren könnte. Es existirt wohl kein Gegenstand in unserer Sachverständigen-Thätigkeit, über den wir nicht in dem Handbuch genaue Auskunft erhalten. Für den Irrenarzt, dem die klinische Psychiatrie schon geläufiger, hat besonders der 1. Theil des Buches: „Die rechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie" einen hohen praktischen Werth, dem auch die Bearbeiter (Aschaffenburg und Schultze) durch Aufwand grosser Sorgfalt vollauf gerecht geworden sind. Sämmtliche einschlägigen Gesetzesparagraphen, einschliesslich der Straf- und Civilprozessordnung, werden eingehend ihrer Entstehung und ihrer Bedeutung nach erörtert, dabei neben dem Standpunkt des geltenden Rechts auch der des früheren und zukünftigen berücksichtigt. Es ist somit das Buch auch zur Orientirung für denjenigen geeignet, der sich in die forensische Psychiatrie neuschaffend einarbeiten will, zumal nicht nur die psychiatrische, sondern auch die einschlägige juristische Litteratur in dem jedem Abschnitt beigefügten Verzeichniss aufgeführt ist. Den Abschnitten über die betr. §§ des bürgerlichen Gesetzbuchs ist dabei in Schultze's vollendeter Bearbeitung naturgemäss ein verhältnissmässig grosser Raum zugekommen. Sehr gut gelungen sind auch Aschaffenburg's Artikel über die Verantwortlichkeit, das Berufsgeheimniss und die Sachverständigen-Thätigkeit des Irrenarztes. Hoche hat den zweiten Theil — die klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie — geschrieben und zwar so geschrieben, dass ihn auch der Nichtpsychiater versteht, bringt aber gleichwohl, namentlich in der Casuistik, auch für uns sehr viel Lehrreiches. — Besonders zu empfehlen ist die Lektüre des Kapitels Hoches: das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen. — Alles in Allem muss das Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie als ein ebenso nützliches, wie gelungenes Werk bezeichnet werden, dem der erste Platz auf diesem Gebiete der Fachlitteratur gebührt.

Bresler.

— Beiträge zur Kenntniss der Myasthenie und der verwandten Symptomencomplexe von Dr. Fajersztajn in Lemberg. Mit 1 Curvenabbildung und 1 Tafel. Tübingen, Franz Pietzcker 1902. Preis 2 M.

4 Fälle von Myasthenie, die ätiologisch keine Anhaltspunkte ergaben, zeigten die Muskelermüdbarkeit — Myasthenie sensu strict. — in hochgradiger Weise. Eine Kranke kam zur Section, mit der Marchischen Methode liessen sich in den intramedullären Wurzelfasern des Oculomotorius, Hypoglossus und Abducens Anzeichen eines Myelinzerfalls nachweisen. Da die Nissl'sche Methode stets negative Ergebnisse gehabt hat, empfiehlt Verf. bei ähnlichen Fällen die Anwendung der Osmiummethode zur Durchforschung aller Kerngebiete.

Diesen 4 Fällen schliessen sich eng 2 weitere Beobachtungen an, die der Myasthenie sehr ähnlich sind, ohne mit ihr identificirt werden zu dürfen. Es handelt sich um Formen, die zu einer Gruppe von toxischen Kernlähmungen ohne anatomischen Befund zusammengefasst werden können. In dem einen, letalen, Fall waren bulbäre Einscheinungen überwiegend, im zweiten Falle bestanden ausgedehnte bulbo-spinale Lähmungen mit raschem Ausgang in Genesung. Arnemann.

Personalnachricht.

— Obermedicinalrath Dr. v. Zeller, langjähriger Director der Irrenanstalt Winnenthal, ist am 19. d. Mts., 70 Jahre alt, gestorben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 27. 4. Oktober. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Irrenanstalt zu Upsala.

Dementia paralytica bei einem Ehepaar.

Die Paralyse bei der Frau eine periodische Psychose komplicirend.

Von *Dr. Herman Lundborg.*

Die Forscher der verschiedenen Länder haben sich noch nicht einigen können, wenn es sich um die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Dementia paralytica gehandelt hat.

Die Aufmerksamkeit der schwedischen Aerzte war indess schon recht früh auf die grosse Bedeutung der Lues in dieser Beziehung gelenkt worden und zwar durch die Arbeiten von Steenberg*), Kjillberg**), Jespersen***) u. a. Bezeichnend für deren Standpunkt ist Friedenreich's Ausspruch †), welcher sich allerdings zunächst auf Dänemark bezieht: „Es ist hier zu Lande zufolge Steenbergs und Jespersens Arbeiten lange die allgemeine Ansicht gewesen: „Ohne Syphilis keine Parese" (= Dementia paralytica)."

Bereits im Jahre 1857 sprechen zwei deutsche Forscher, Esmarch und Jessen*) auf Grund ihrer Beobachtungen die Ansicht aus, dass die progressive Paralyse syphilitischen Ursprungs sei.

Es scheint indess, als ob Kjillberg in Upsala unabhängig von ihnen zu derselben Anschauung gekommen sei und zwar durch einen Fall von Paralyse bei Mann und Frau, die er in seiner Anstalt beobachtet hat. In seiner oben citirten Arbeit, S. 56,

*) Steenberg, den syphitiske Hjernelidelse, Kjobenhavn 1860.

**) Kjoillberg, Om sinnessjukdomarnes otadier: Upsala universitetets arsskrift 1863.

***) Jespersen, Skyldes den almindelige fremstridende Parese Syfilis Kjbenhovn 1874.

†) Friedenreich, Kortfallet Speciel Psykiatri. Kjobenhavn 1901.

*) Esmarch und Jessen, Syphilis und Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1857.

schreibt er nämlich folgendes, was wohl zu verdienen scheint, ans Licht gezogen zu werden:

„Im Jahre 1857 wurde ein ehemaliger Gerichtsdiener aus einer entfernten Provinzialstadt mit den Symptomen der Paralyse générale im zweiten Stadium in die Upsalaer Irrenanstalt aufgenommen. Im folgenden Jahre starb er, und 1860 im Frühjahr wurde seine Frau in die Anstalt aufgenommen, wobei sie Symptome derselben Krankheit zeigte, die auch den gleichen Ausgang hatten. Sie starb im November desselben Jahres, nachdem die Krankheit zuvor alle die traurigen Symptome, welche zum dritten Stadium gehören, hatte entwickeln können. Dass eine in unserm Lande so äusserst seltene Krankheit so gut wie auf einmal Mann und Frau hatte befallen können, erregte bei uns die Vermutung, dass hier eine gemeinsame Ursache hatte wirksam sein müssen. Die Gedanken gingen dann zu sekundärer Syphilis, die möglicherweise bei beiden vorhanden war, obwohl zur Zeit der Geisteskrankheit äussere Symptome fehlten. Infolge dessen haben wir der Anamnese bei den Fällen von Paralyse générale, die seit diesem für unsere Beobachtung erreichbar gewesen sind, grössere Aufmerksamkeit gewidmet und dabei Gelegenheit gehabt zu konstatiren, dass alle viele Jahre, bevor die Geisteskrankheit ausbrach, an primärer Syphilis gelitten haben."

Dieser Fall ist um so merkwürdiger, als man erst viel später im Auslande dazu kam, der sog. konjugalen Paralyse*) eine Bedeutung beizulegen. Der eine und der andere einzelne Fall wurde in den 1880er Jahren von Acker, Goldsmith u. a. als Curiosum mitgetheilt. Grössere Aufmerksamkeit erregte es, als Mendel 1888 in der psychiatrischen Gesellschaft in Berlin 5 solche Fälle mittheilte und auf deren grosse Bedeutung hinwies, wenn es sich darum handelte, den Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse darzuthun.

Seit diesem hat man in verschiedenen Ländern nicht so wenig Fälle von Paralyse oder Tabes bei Ehegatten gesammelt. Bereits 1895 konnte Mendel über nicht weniger als 18 Fälle berichten.

Im Jahre 1899 hat Raecke**) eine recht vollständige Zusammenstellung der Tabes- und Paralysefälle bei Ehegatten gemacht, die bis zu diesem Zeitpunkte veröffentlicht waren; die Zahl betrug nicht weniger als 69 Fälle.

*) Noch einen Fall von konjugaler Paralyse erwähnt Kjillberg in Upsala Lökere förenings Föttendlinger, Bl. IV.

**) Raecke, Paralyse und Tabes bei Eheleuten. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd IV.

Paralyse kam bei beiden Ehegatten vor in	27	Fällen.
„ bei dem Mann und Tabes bei der Frau in	14	„
Tabes bei beiden in	22	„
Paralyse bei der Frau und Tabes beim Manne in	6	„
Summe	69	Fälle.

Davon war Lues bestimmt konstatirt in	38	Fällen
„ „ „ wahrscheinlich in	11	„
„ „ „ geleugnet in	2	„
„ „ „ unbekannt in	18	„

Während der letzten zwei Jahre sind noch mehr Fälle dieser Art mitgetheilt worden*), so dass die Summe jetzt um verschiedenes grösser ist.

Ich kann nicht umhin, im Zusammenhange damit einen äusserst bemerkenswerthen Fall von Morel-Lavellée**) zu erwähnen. Ein syphilitisches Weib (Martha X.) infizirt nämlich nicht weniger als 5 Männer, welche später alle an syphilitischer Gehirnkrankheit sterben.

Im Mai 1870 zieht sich erwähntes Weib Syphilis zu, sie steckt ihren Liebhaber (I) an, welcher 22 Jahre alt ist. Dieser stirbt nach 3 Jahren an syphilitischer Meningitis. Im December 1871 wird sie die Geliebte eines andern Mannes (II), den sie nach einem Monat angesteckt verlässt. Darauf lebt sie 4 Jahre mit einem dritten (III) zusammen. Dieser, welcher sich dann verheirathet, erhält 2 Kinder, stirbt aber 1882 an Dementia paralytica. Der Mann Nr. 2 verheirathet sich auch und erhält 2 Kinder; im Jahre 1888 starb dieser an Paralyse. Ein vierter Geliebter (IV) desselben Weibes stirbt 1890 gleichfalls an Paralyse. Zuletzt stirbt ein fünfter (V) 19 Jahre nach der ursprünglichen Infektion an luetischer Gehirnkrankheit.

Unlängst wurde in die Irrenanstalt zu Upsala ein Weib aufgenommen, welches von frühester Jugend an an einer periodisch wiederkehrenden Geisteskrankheit gelitten hatte.

Bei näherer Prüfung fand sich, dass sie auch sehr deutliche Zeichen von Dementia paralytica hatte und dass der Mann vorher an der letztgenannten Krankheit gestorben war.

Hier lag also ein Fall von konjugaler Paralyse und ausserdem — etwas, was von bedeutend grösserem

*) Unter anderem von Mönkemöller, der unter 741 Paralysen in einer Anstalt nicht weniger als 18 Fälle von konjug. Paralyse (bezw. Tabes) gefunden hat. Siehe übrigens seine Arbeit in Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. VIII, S. 421.

**) Morel-Lavallée. Bull. de la Société francaise de Dermat. et Syphil. 1892.

Interesse war — einer ganz ungewöhnlichen Kombination von zwei ganz verschiedenen Psychosen vor.

Bevor ich näher darauf eingehe, will ich ihre Krankengeschichte in Kürze anführen.

Krankengeschichte.

N. N., 53 Jahre, Wittwe eines Schiffskapitäns. Mutter periodisch geisteskrank. Eine Schwester ist geisteskrank gewesen. Ein Cousin in der Irrenanstalt gestorben.

Pat. hat eine gute Erziehung erhalten und ist gut begabt gewesen. Von ihrem 14. Jahre an hat Pat. Anfälle von Geisteskrankheit (Man periodica) 3 mal alljährlich während eines oder mehrere Monate gehabt. Die ersten Jahre wurde sie während derselben zu Hause gepflegt. Später ist sie eine häufig wiederkehrende Patientin in der Irrenanstalt und im Krankenhaus zu Hernösand gewesen. Während der freien Zeiten (Zwischenzeiten) ist ihr Zustand recht gut gewesen. Die verschiedenen Anfälle der Geisteskrankheit gleichen einander fast vollständig. Aus dem Journal von der Irrenanstalt zu Hernösand (wo sich Pat. vom 23. März 1897 bis 19. August desselben Jahres befand) sei folgendes über sie angeführt:

Vor 14 Tagen schlaflos; bereits am folgenden Tage brach ihre Tobsucht aus mit der Lust, alles, was sie erreichen konnte, zu zerschlagen. Zu Anfang der Anfälle pflegt sie stets deprimirt zu sein.

Status praesens, den 24. März 1887.

Pat. ist (mässig) exaltiert. Sie spricht unbehindert und schnell über eine Menge von Dingen, oft ohne Zusammenhang. Mitten während des Gespräches beginnt sie zu weinen und zeigt sich weinerlich geärgert, wobei sie sich über die Behandlung zu Hause, über den Mann u. s. w. beklagt. Diese Stimmung geht indess bald vorüber, und sie wird wieder exaltirt.

Den 30. 3. Pat. ist bisweilen unsauber und lässt die Exkremente ins Bett gehen. Den 3. 4. Sagt an einzelnen Tagen gar nichts. Isst wenig, bisweilen gar nichts, musste heute mit der Sonde gefüttert werden. Zankt und schwatzt. Den 8. 4. wieder stumm. 26. 4. Die letzten Tage ruhiger und stiller; spricht in etwas deprimirtem Ton. Behauptet, dass sie sich mehrfach, sowohl zu Hause als hier, mit Selbstmordgedanken getragen hat. Den 11. 5. Unruhiger die letzten Tage, weint, beklagt sich, ist laut, schilt. Den 24. 5. Besserung. 25. 6. Ganz von Sinnen, unverschämt und heftig, droht sogar den Wärterinnen; weint unter unzusammenhängendem Geschwätz. Heute Nacht Koth ins Bett gelassen. Den 21. 7. Während der letzten Woche ruhig und fügsam; zufrieden. Den 17. 8. Zustand nicht befriedigend. Wird entlassen.

Im Juni 1899 stellten sich bei Ausbruch einer Unruheperiode recht zahlreiche epileptiforme Anfälle ein, welche sich später wiederholten. Die Kranke wurde dann theils zu Hause, theils im Krankenhause gepflegt. Am 30. Januar 1900 wurde sie wieder in die Irrenanstalt aufgenommen. Dort war der Zustand variirend. Oft war Pat. äusserst unruhig, streitsüchtig und unsauber. Sie zeigte sich cynischer als während der früheren Anfälle und untermischte ihre Rede mit Flüchen. Recht zahlreiche epileptiforme Anfälle. An gewissen Tagen war sie ruhig und sogar fleissig. Näher dem Sommer schien eine mehr anhaltende Besserung einzutreten. Den 18. August wurde sie als gesund entlassen. Bereits zwei Tage nach der Heimkehr war sie wieder unruhig und exaltirt; es stellten sich am 22. und in der Nacht zum 23. nicht weniger als 8 epileptiforme Anfälle ein. Einen grossen Theil des Jahres 1901 hat sie im Krankenhause zu Hernösand zugebracht. Seit diesem hat sich der Zustand noch mehr verschlechtert. Pat. wurde zu Hause gepflegt. Während der kurzen ruhigen Perioden, welche Pat. während der letzten Jahre gehabt hat, hat sie sich anders als früher gezeigt, sie ist stumpf und gleichgültig, aber recht geschwätzig gewesen.

Im Alter von 31 Jahren verheirathete sie sich mit Kapitän S., der 5 Jahre jünger war als sie. Während der Ehe hatte sie zuerst einen Missfall (auf einer Seereise bei hoher See). Darnach bekam sie 4 Kinder, welche noch leben. Darauf hatte sie einen Missfall nach dem andern (im ganzen 5, den letzten vor 8 Jahren). Der Mann starb vor 6 Jahren.

Dr. Mortelin, welcher Kapitän N. N. während seiner letzten Krankheit behandelte, hat die Güte gehabt, mir folgendes über ihn mitzutheilen: „Im Jahre 1893 wurde ich (Dr. M.) nach dem Schiff geholt, welches er führte. Er hatte eine kleine Gehirnblutung gehabt (Ohnmachtsanfälle, Parese in den Gesichtsmuskeln der einen Seite). Er genoss Alkohol, doch, wie ich glaube, nicht im Uebermass, war vielleicht in geringerem Grade dem stillen Trunk ergeben. Seine Krankheit trat indess völlig zurück, obwohl eine gewisse Abgestumpftheit bestehen blieb, die jedoch nicht grösser war, als dass er dss Schiff noch 1 oder 1½ Jahr nach dem Anfall führen konnte. Darauf begann er tiefsinnig zu werden, wollte nicht mit andern Menschen umgehen, war gegen seine Umgebung heftig und boshaft. Er litt an Kopfschmerzen und Schwindel und hatte deutliche Symptome von Tabes dorsalis. Er erhielt von mir Jodkalium, zufolge seines Ausbleibens aber war die Behandlung äusserst unvollständig. Ins Krankenhaus war er mindestens einmal aufgenommen.

Sein Zustand verschlechterte sich immer mehr. Das letzte Mal, als ich ihn in seinem Hause sah, war er völlig abgestumpft, konnte nur mit Mühe seinen Platz verändern, war von Gemüth boshaft und heimtückisch. Kurz darauf ersah ich aus den Zeitungen, dass er gestorben war. Eine Obduktion wurde leider nicht gemacht. Mir wissentlich hat er keinen andern Anfall als den auf dem Schiff gehabt. Er fiel zwar häufig um und schlug sich recht sehr, das aber kam von seinem schlechten Gang her."

So weit Dr. Mortelin. Aus dieser Mittheilung geht also hervor, dass der Kapitän N. N. mit grösster Wahrscheinlichkeit Lues gehabt hat und dass er an Tabes wie Dementia paralytica gestorben ist.

15. 11. 1901 wurde Frau N. N. in die Irrenanstalt zu Upsala aufgenommen. An demselben Tage hatte sie einen epileptiformen Anfall. Sie war ruhig und fügsam.

Status praesens, den 26. 11. 1901.

Pat., welche gut gebaut und recht gut genährt ist, hat ein recht gesundes Aussehen.

Die rechte Pupille ist etwas kleiner als die linke und reagirt langsamer. Seitens der Sinnesorgane und der Sensibilität nichts zu bemerken. In den Händen ein gewisser Grad von Tremor, desgleichen in der Zunge. Im Gesicht dann und wann fibrilläre Muskelzuckungen.

Die Motilität betreffend sonst nichts zu bemerken.

Innere Organe gesund. Pulsfrequenz 92 in der Minute.

Pat. hat einen gutmüthigen, aber etwas schlaffen Gesichtsausdruck.

Blick recht lebhaft. Pat. zeigt deutliche Euphorie, abwechselnd mit Weinerlichkeit; während sie mit grosser Befriedigung spricht, kommt sie plötzlich ins Weinen, wenn sie zufällig von ihrem vortrefflichen Vater oder einem andern Verwandten etwas erzählt. Dergleichen Wechsel erfolgen während eines kürzeren Gespräches wiederholt.

(Fortsetzung folgt.)

Zum 50jährigen Jubiläum der Irrenanstalt Allenberg am 1. September 1902.

Ein Rückblick.

Am 1. September sind es 50 Jahre, dass die erste geordnete Provinzial-Irrenanstalt in Ostpreussen zu Allenberg bei Wehlau eröffnet worden ist. Zu einer officiellen Feier dieses Tages scheint keine Neigung vorhanden gewesen zu sein, was auch nicht weiter befremdet. Hat doch, um ein Moment anzuführen, das Aerztecollegium, das neben dem Director aus 6 Aerzten besteht, in den letzten 2 Jahren beinahe 2 mal gewechselt, indem in dieser Zeit nicht weniger als 10 Aerzte die Anstalt verlassen haben. So ist denn das Jubiläum wie die alljährlichen Stiftungsfeste nur im Rahmen der Anstalt verlaufen.

Ich aber, der ich 12 Jahre an der Anstalt gewirkt habe, möchte doch den Tag nicht vorübergehen lassen, ohne die Bedeutung desselben hervorzuheben und durch einen Rückblick auf die Vergangenheit zu feiern.

Seit der Mitte des 16. Jahrhunderts wurden Geisteskranke im grossen Königlichen Hospital zu Königsberg (dem jetzigen Löbenicht'schen Hospital) in sogenannten „Tollstuben" verpflegt, die unter Aufsicht eines „Tollvaters" standen. Diese Tollstuben wurden im Jahre 1789 durch eine auf Kosten des Staates ebendaselbst erbaute Irrenanstalt ersetzt, welche aber erst im Jahre 1816 eine feste Organisation erhielt. Es wurde ihr durch Hinzufügung angrenzender Hospitalgebäude eine angemessene Erweiterung gegeben, ihre Verwaltung von der des Hospitals getrennt, ihr Etat regulirt und der so begründeten „Provinzial-Irrenanstalt für die Regierungsbezirke von Königsberg und Gumbinnen" ein eigener ärztlicher Director vorgesetzt. Seit 1829 fungirte an ihr der Kreisphysikus Dr. Bernhardi, zuerst als Arzt und seit 1834 als Director des Kranken- und Irrenhauses. Die Anstalt war für 100 Kranke berechnet. Anfänglich hielt sich auch die Frequenz auf dieser Höhe, ja sie überstieg dieselbe bisweilen ansehnlich. Als aber im Jahre 1826 die Landarmen-Verpflegungs-Inspection die aus ihrer Kasse verpflegten unheilbaren Irren der grossen Kostspieligkeit wegen aus der Anstalt entfernten (!) und viele ärmere Kommunen und Privatpersonen diesem Beispiele folgten, sank die Frequenz bedeutend unter die normirte Zahl herab bis auf 70 und 60. Die Frequenz durfte aber auch nicht viel höher steigen, als im Jahre 1834 das 3. Stockwerk des Hauptgebäudes durch einen Brand zerstört worden war und zur Wiederherstellung desselben der mit grossen pecuniären Schwierigkeiten kämpfenden Anstalt die Geldmittel fehlten. Im Jahre 1845 zerstörte ein zweiter furchtbarer Brand, bei welchem mehrere Pfleglinge umkamen, einen grossen Theil der Anstalt (die ganze Frauenabtheilung), so dass seitdem nur die Hälfte der alten Irrenanstalt zu benutzen war und höchstens noch 60 Kranke aufgenommen werden konnten. Besass doch die Anstalt vor diesem letzten Brande nur 32 heizbare Zimmer, darunter 4 Zimmer für Beamte. Ringsherum war sie von 16 Fuss hohen Zäunen umgeben. Heinrich schildert uns in einer

Denkschrift vom Jahre 1848 (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 5, S. 401) die Lage folgendermaassen: „Ein bizarres Conglomerat frommer Stiftungen und Wohlthätigkeitsanstalten verschiedenster Art leben hier: ein Krankenhaus, die Irrenanstalt, ein Frauen- und Fräuleinstift in unmittelbarer Nachbarschaft, ihr friedliches Dasein. Das Irrenhaus, den Schluss mehrerer zu obigen Zwecken bestimmten Gebäude bildend, wird nach vorn von einem kleinen Hofe, rückwärts von einem geräumigen baumreichen (205 □ Ruthen grossen) Garten begrenzt; hart zur Seite blinkt der Spiegel des Pregels." Gesundheitlich und in manchen andern Beziehungen zeigte sie grosse Mängel, welche von Bernhardi in einem in den Preussischen Provincialblättern (Nov. 1840) erschienenen Aufsatze „Bemerkungen über die Verhältnisse der Königsberger Irrenanstalt" eingehend dargelegt worden sind. „Ihre Lage auf dem niedrigen, selbst öfteren Ueberschwemmungen ausgesetzten Flussufer macht die Gebäude stockig und feucht; die unmittelbar oberhalb der Anstalt in den Pregel führende Hospital-Cloake trägt zur Luftverderbniss bei; die hohen Zäune, welche ringsum die Gebäude nahe umgeben, verhindern die genügende Erneurung der Luft." Dazu kam die ungünstige Lage mitten in der Stadt. „Der Kranke bewegt sich Tagaus, Tagein, Jahraus, Jahrein auf demselben eng begrenzten Raum, Spaziergänge ins Freie hinaus müssen ihm versagt bleiben, denn er kann nicht ins Freie gelangen, ohne die ihm verwehrte Stadt zu passiren." Noch unangenehmer machte sich die unbequeme Nachbarschaft der Stadthäuser geltend. „Kann die Isolirung in unserer Anstalt nach Gebühr gehandhabt werden, wo die Kranken aus ihren Fenstern des oberen Stockwerks auf die umliegenden Strassen, den belebten Fleischmarkt, den Hospitalhof ungehindert hinabsehen, dort nicht selten Angehörige und Bekannte unerwartet erblicken, wo Vorwitzige durch die Zäune oder von den Fenstern der umliegenden Gebäude herab beständigen Verkehr mit den Irren zu unterhalten, sie wohl gar zu necken und zu reizen suchen? wo die Maassregeln der Anstalt der Controle und Kritik der aus den Nachbarhäusern frei Hineinschauenden fortwährend ausgesetzt sind? Kann es den Familien der Irren gleichgültig sein, wenn gleich die ganze Stadt es erfährt, wer in die Anstalt eingeliefert wird, wie er sich beträgt und wie er behandelt wird?" Bernhardi kam zu dem Schluss, dass die Königsberger Irrenanstalt ihrem Zwecke durchaus nicht entspreche, als zweckwidrig aufzugeben und durch eine ländliche Irrenanstalt zu ersetzen sei.

Der Aufsatz Bernhardi's hatte zur Folge, dass der Plan der Errichtung je einer Irrenanstalt für Ost- und Westpreussen, welcher schon lange ventilirt worden war*), nunmehr energisch aufgenommen wurde. Bereits im Jahre 1841 sprach sich das Ministerium den Ständen der Provinz gegenüber mit Festigkeit dahin aus, dass „die wegen ihrer Lage, Ausdehnung und Einrichtung stets als mangelhaft und unausreichend anerkannte Irrenanstalt durch den Brand im Jahre 1834 zu einem blosen Nothbehelf geworden sei" und forderte im Einverständniss mit dem Staatsminister und Oberpräsidenten von Schön die Errichtung einer Irrenheil- und Pflege-Anstalt für die Provinz Ostpreussen und Litthauen und einer zweiten für Danzig und Marienwerder. Für die in Ostpreussen zu erbauende Irrenanstalt wurde den Ständen unter besondere Angabe der hierfür sprechenden Gründe die Nähe von Königsberg angerathen. Von denselben mag der als fünfter und letzter Grund angeführte Passus der Denkschrift besonders hervorgehoben werden: „Königsberg ist der Sitz einer an practischen und gelehrten Aerzten sowie an Sammlungen ausgezeichneten Universität, deren Nähe für die Irrenanstalt sehr wünschenswerth ist, gleichwie die Nähe dieser für jene, damit die Irrenanstalt später als Bildungsanstalt für junge preussische Aerzte in der practischen Irrenheilkunde möglichst benutzt werden kann."

Trotzdem richteten die Stände zunächst ihr Augenmerk auf das dem Domkapitel von Ermland gehörige und in Verfall gerathende Schloss zu Heilsberg nebst dem dazu gehörigen Garten. Erst als nach langen Verhandlungen bei näherer Untersuchung der Localität sowie in Folge der vom Domkapitel erhobenen übertriebenen Forderungen der Plan 1843 als unausführbar aufgegeben worden war, erliess die ständische Landarmencommission für Ostpreussen und Litthauen eine öffentliche Bekanntmachung, worin sie zur Anzeige geeigneter Baustellen aufforderte. Bei der Kritik der eingelaufenen Meldungen, die sich auf 21 beliefen, wurde ausdrücklich bemerkt, dass als Haupterforderniss für die Wahl stets die Nähe von Königsberg berücksichtigt wurde, und es erwies sich auch hier nach dem Urtheil Bernhardi's mehr als eine Stelle als sehr geeignet. Trotzdem wurde schliesslich von einer solchen Wahl Abstand genommen, da inzwischen die Befestigung von Königsberg beschlossen worden war und nach einem Schreiben des Festungsbaudirectors

*) Anfang der 30er Jahre hatten die Stände die Absicht, in Verbindung mit den Landarmenanstalten zu Tapiau und Graudenz Provincial-Irrenanstalten zu errichten, worauf von dem Minister v. Altenstein ein Erlass an den Oberpräsidenten v. Schön erging (7. Juli 1832) „diesen Plan durchaus zu verhindern, weil diese längst als verwerflich erkannte Verbindung mit den Ansprüchen der Humanität und der Wissenschaft in Widerspruch steht."

v. Dechen an den Oberpräsidenten (Juli 1845) befürchtet werden musste, dass im Falle einer Belagerung der Feind die Gebäude der Irrenanstalt als Lazareth benutzen und die Irren verjagen würde, während dies bei einer dem wahrscheinlichen Kriegsschauplatze nicht so nahe befindlichen Anlage nicht so leicht zu befürchten sei.

Die Bedenken von militärischer Seite waren ausschlaggebend, und obgleich Professor Heinrich in einer ausführlichen Denkschrift vom Juli 1849 (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 5) diese Bedenken widerlegte und mit grosser Beredsamkeit alle Gründe klarlegte, welche für die Nähe von Königsberg und gegen die Wahl der Anstalt auf dem platten Lande sprachen — es war bereits 1845 die Wahl auf Peterswalde bei Wehlau gefallen — und energisch gegen die Ausführung des Baues bei Wehlau protestirte (er statuirte für Stadt und Universität die Verpflichtung aus der Verlegung der Irrenanstalt in Königberg's Nähe eine Art Lebensfrage zu machen), so blieb es doch bei der ursprünglichen Wahl, ebenso wie der Einspruch gegen die von den Provincialständen mit alleiniger Rücksicht auf die Kostenersparniss geplante Errichtung der westpreussischen Irrenanstalt bei Schwetz in Verbindung mit dem grossen Landarmen- und Krankenhause *) nichts fruchtete.

Von dem gewählten Gelände für die ostpreussische Anstalt, welches auf einem unmittelbar an der Alle 50 Fuss über dem Spiegel des Flusses befindlichen Plateau gelegen war, wurden als besondere Vortheile die hohe gesunde Lage, der fruchtbare Boden, anmuthige Aussicht und die bequeme Verbindung mit der (über 7 Meilen entfernten) Hauptstadt gerühmt. Der Bau der für 250 Kranke berechneten Irren-Heil- und Pflegeanstalt, welche nach der vorbeifliessenden Alle aus Peterswalde in Allenberg umgetauft wurde, wurde schnell soweit gefördert, dass die Heilanstalt Ausgang Sommer 1852 fertiggestellt war und eröffnet werden konnte (während die westpreussische Anstalt zu Schwetz für 200 Kranke erst im Frühjahr 1855 eröffnet wurde).

Am 1. September 1852 erfolgte der Umzug von Königsberg mit 59 Kranken „grösstentheils Tollen, die alle übrigen Kranken aus der Königsberger Irrenanstalt verdrängt hatten", bezeichnenderweise Frühmorgens 4 Uhr und in geschlossenen Wagen, die von 3 berittenen Gensdarmen bis zur Kreisgrenze in Arnau eskortirt wurden, wo letztere von anderer Bedeckung abgelöst wurden. Für so gefährlich wurden noch vor 50 Jahren Geisteskranke erachtet. Unterwegs wurden Erfrischungen eingenommen. Der mehr als 7 Meilen weite Transport, welcher von dem zum Director der neuen Anstalt ernannten Dr. Bernhardi, den Beamten und dem Wartepersonal begleitet wurde, ging in $5\frac{1}{2}$ Stunden ohne Unfall und ohne die mindeste Störung von Statten. „In der Anstalt war wie gewöhnlich das Fertigseinsollende noch lange nicht fertig, und die Unbequemlichkeiten und Störungen begannen erst", berichtet Bernhardi. Aber auch diese waren nach einiger Zeit überwunden. Die Kranken richteten sich in den geräumigen und im Gegensatz zu der alten Königsberger Anstalt confortablen Gebäuden, deren Anlage für die damalige Zeit sicher mustergültig zu bezeichnen war und jetzt noch mit Ausnahme der Zellengebäude sich als ziemlich angemessen erweist, sowie in den freieren ländlichen Verhältnissen schnell ein. Die Anstalt, die schon nach 10 Jahren überfüllt war, hat seitdem, wie ich in meinem Aufsatze: „Entwicklung und Stand des Irrenwesens in Ostpreussen" (diese Wochenschr. Bd. I. 1900. S. 173 ff.) ausgeführt habe, zahlreiche Erweiterungen erfahren und sich zu einer Anstalt grossen Styls entwickelt, (wie es ja heute leider die meisten Irrenanstalten sind) welche für 850 bis 900 Kranke berechnet, zur Zeit beinahe 1000 Kranke (am 16. August 1902) zählt; sie hat 1885 in der Irrenanstalt Kortau eine Schwesteranstalt erhalten, die vor kurzem auch wesentlich vergrössert (bis zu 1000 Plätzen), zur Zeit gleichfalls stark überfüllt ist (am 16. August 1072 Kranke); und in Tapiau, wo 1897 eine kleine Pflegeanstalt für gefährliche Geisteskranke mit 68 Plätzen eröffnet wurde, werden in der Verbindung mit der Landarmenanstalt (Pfleglings-Abtheilung), in der bereits beinahe 200 Geisteskranke untergebracht sind, Kolossalgebäude für je 125 unheilbare Geisteskranke errichtet, womit der Rückschritt perfect geworden ist, der als solcher von dem Ministerium Eichhorn vor mehr als einem halben Jahrhundert und als verwerfliche mit den Ansprüchen der Humanität und der Wissenschaft in Widerspruch stehende Verbindung von dem Minister v. Altenstein bereits vor 70 Jahren bezeichnet worden ist. Die Entwicklung, welche das Irrenwesen der

*) Das Ministerium Eichhorn wandte sehr richtig ein, dass, abgesehen von der geringen Bedeutung etwaiger Ersparnisse, einerseits die Landkrankenanstalt nach Eröffnung der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt als lästiges Beiwerk dieser angesehen und dirigirt werden, also wahrscheinlich an Werth, Bedeutung und Wirksamkeit verlieren würde, anderseits auch der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt ein unübersteigliches Hinderniss sich entgegenstellen würde, sowohl für deren möglichst volle und selbständige Organisation im Allgemeinen, als insbesondere für die gleichfalls unerlässliche Einheit, Einfachheit und Ordnung in der Verwaltung. Schliesslich erklärte das Ministerium sich dahin, dass nach der übereinstimmenden Erfahrung des In- und Auslandes die Verbindung der westpreussischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt mit der Landkrankenanstalt zu Schwetz als ein Rückschritt zu bezeichnen sein würde.

Provinz Ostpreussen im letzten Jahrzehnt genommen hat und sich durch das Bestreben kennzeichnet, mit unzulänglichen und z. Th. rückschrittlichen Mitteln den Bau einer der Verwaltung längst als nothwendig bezeichneten dritten Irrenanstalt zu umgehen, sowie manches andere in den Verhältnissen vermag den Irrenarzt am Jubiläumstage der vor 50 Jahren mit so viel Hoffnungen eröffneten Irrenanstalt Allenberg gerade nicht mit Freude zu erfüllen.

Zum Schluss sei noch der Aerzte gedacht, welche an der Irrenanstalt Allenberg gewirkt und sich daselbst oder später einen Namen gemacht haben, es sind das ausser den Directoren Wendt, Jensen und Sommer besonders Kahlbaum, welcher, lange Jahre 2. Arzt der Anstalt, daselbst seine Hauptwerke concipirt hat, Hecker, Rabow, von Ludwiger, Hallervorden und Kurella.

Hoppe.

Mittheilungen.

— **Berlin.** Die Minister der geistlichen Angelegenheiten und des Innern haben ein neues Reglement für die Berliner Irrenanstalten genehmigt. Es ist darin angeordnet, dass, wenn ein Kranker in der Anstalt stirbt, das Standesamt, die Angehörigen sofort zu benachrichtigen sind. Die Kranken sind selbstverständlich, so lange sie sich in einer städtischen Irrenanstalt befinden, nach allen ihren Lebensbeziehungen den ärztlichen Anordnungen und den Vorschriften der Hausordnung unterworfen. Innerhalb dieser soll ihnen indessen jede Freiheit gewährt werden, welche die Zwecke der Anstalt nicht gefährdet und mit dem jeweiligen Krankheitszustande, sowie der Sicherheit der Kranken und ihrer Umgebung verträglich ist. Kranke, welche sich soweit gebessert haben, dass sie nach ärztlichem Urtheil der Anstaltspflege und auch der Aufsicht seitens der Anstalt nicht mehr bedürfen, sind unter Beobachtung gewisser Vorschriften zu entlassen. Ist ihre Erwerbsfähigkeit vermindert, so kann ihnen eine Unterstützung mitgegeben werden und sind sie der Armendirection zu weiterer Unterstützung zu empfehlen.

Referate.

— Pharmaceutische Producte der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

In einem stattlichen Hefte von 292 Seiten werden die wichtigsten Bayer'schen Arzneiproducte in chemischer wie pharmaceutischer Richtung, hinsichtlich ihrer Dosirung und der Erfahrungen, die mit ihnen gemacht worden sind, besprochen. Am Schluss des Buches ist ein alphabetisch geordnetes Indikationsregister angefügt. Die beachtenswerthesten Präparate, wie Phenacetin, Tannigen, Salol, Sulfonal, Trional, Creosotal und Somatose sind so bekannt und bewährt, dass sie voraussichtlich dauernd ihren Platz in unserm Arzneischatz behalten werden. Von den Errungenschaften der letzten Jahre seien Tannigen als Adstringens, Analgen als Antipyreticum, Salophen und Aspirin als Antirheumatica, Epicarin als Antiskabiosum, Aristol, Europhen und Protargol als Antiseptica, Hedonal und Heroin als Hypnoticum bezw. Sedativum sowie Jodothyrin als organo-therapeutisches Präparat erwähnt. Für jedes Product sind practische Receptformeln mitgetheilt, leider fehlt die Angabe des Preises und gerade diesen muss der Arzt bei den modernen Medicamenten doch oft so sehr in Rücksicht ziehen. G. Ilberg (Grossschweidnitz).

— Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Von Dr. Otto Koerner, o. ö. Professor und Director der Klinik für Ohren- und Kehlkopfkranke in Rostock. 3. vollst. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wiesbaden 1902.

Nach der Statistik von Pitt-London kommt ein Todesfall durch Ohreiterung auf 158 Sectionen; Gruber-Wien und Poulson-Kopenhagen fanden einen solchen Fall auf 173 bezw. 303 Autopsien: Büchner und Randall berechnen die Häufigkeit der Todesfälle in Folge von Ohreiterungen im Verhältniss zur Zahl aller Ohrkrankheiten übereinstimmend auf 0,3 %. Ein Drittel aller Hirnabscesse ist otitischen Ursprungs, zwei Drittel aller Sinusphlebitiden entsteht durch Krankheiten des Ohrs und des Schläfenbeins. Die otitische Meningitis kommt im Vergleich zu anderen Meningitiden selten vor. Die zur Section gekommenen Fälle von otitischen Hirnkrankheiten betreffen grösstentheils das Alter von 11 bis 30 Jahren. Der durch massenhafte Thatsachen erwiesene Ernst der acuten und chronischen eiterigen Mittelohrentzündung und die Beachtung, welche ihr selbst die Aerzte durchschnittlich noch zuwenden, stehen in umgekehrtem Verhältnisse zu einander!

Verf. bespricht in dem nunmehr in 3. Auflage vorliegenden, vorzüglichen Werke die eitrige Entzündung an der Aussenfläche der harten Hirnhaut, die otitische Pachymeningitis interna, die otitische Leptomeningitis purulenta, die Meningitis serosa in Folge von Eiterungen im Ohr und im Schläfenbein, die tuberkulösen Hirnhaut- und Hirnerkrankungen bei Tuberkulose des Ohrs und des Schläfenbeins, die Phlebitis und Thrombose der Sinus durae matris und der Vena jugularis, die Hirnembolie in Folge von Carotisthrombose bei Mittelohreiterung und Schläfenbeincaries und vor allem den otitischen Hirnabscess. Die Errungenschaften auf dem Gebiet der Behandlung der Hirnabscesse, die durch Ohrenkrankheiten erzeugt sind, sind ja bekanntlich geradezu

glänzende. Bis October 1901 sind nicht weniger als 268 Abscesseröffnungen mit 137 Heilungen bekannt geworden. Ueber operirte Sinusphlebitis hat der Verf. nunmehr 308 statistisch verwerthbare Fälle gesammelt; von diesen fanden 180 Patienten Heilung.

G. Ilberg (Grossschweidnitz).

— Von der Nervenzelle und der Zelle im Allgemeinen. Von Paul Kronthal. Mit 6 chromolithographischen, 3 heliographischen Tafeln und 27 Figuren im Text. Jena, Gustav Fischer, 1902.

Von der Nervenzelle ausgehend bespricht Verf. eine Reihe von äusserst interessanten Fragen über die Zelle im Allgemeinen. Die geformten Substanzen im Protoplasma wie im Kern erkennt er als das Lebendige, während er die ungeformten als Nahrungsmaterial auffasst. Er erörtert, wie die Zelle Stoffe aufnimmt, verarbeitet und abgiebt und führt aus, dass zwar die Zelle, aber nicht die Nervenzelle, ein Elementarorganismus im biologischen Sinne ist.

Es sei mit Rücksicht auf das Interesse, dass wir Nervenärzte an den, die Nervenzelle betreffenden, biologischen Vorstellungen haben, gestattet, über das betreffende Kapitel zu referiren: Die weissen Blutkörperchen sind identisch mit den Lymphkörperchen bezw. den lymphoiden Zellen. Sie durchbrechen die Epithelschicht des Centralkanals, dringen durch die Wandungen der Gefässe oder wandern längs der Pia oder der Piascheiden in die Nervenmasse. Die Lymphkörperchen des Liquor cerebrospinalis, die sich in den Subarachnoidealräumen oder in den adventitiellen Lymphräumen befinden, treten in die Masse der Nervensubstanz ein, verlieren hiermit ihren Charakter als Lymphzellen und werden theils zu Stützkörpern, theils zu nervösen Elementen. In letzterem Falle treten sie zu den nervösen Elementen in Beziehung. So wird die vorher nomadisirende Zelle angesiedelt und lebt von da an unter ganz andern physikalischen und chemischen Bedingungen. Sie entwickelt nun Neigung zum Confluiren mit gleichen Individuen, ihr Protoplasma wächst, die protoplasmatischen Zellen verschmelzen mit weiteren Lymphzellen und beziehen aus deren Kernen ihre chromatischen Substanzen. Die Nervenzellen entstehen also durch Addition weisser Blutkörperchen. Addirt oder einzeln behalten die weissen Blutkörperchen in der Nervenmasse die Eigenschaft der amöboiden Bewegung bei. Bei ganz gesunden Individuen werden die grossen Nervenzellen mit reichlichem Protoplasma in sehr verschiedenem Zustande betroffen; namentlich muss man die absterbenden Gebilde, bei denen die Kernsubstanz von der protoplasmatischen Substanz unscharf oder gar nicht gesondert ist, von der Jugendform, wo die genannten Substanzen scharf differenzirt sind, unterscheiden. Findet Resorption absterbender Nervenzellen statt, so sind hieran eigenartiger Weise wiederum die Leukocythen in hohem Grade betheiligt. Die Nachkommen der aus dem äussern Keimblatt direkt stammenden Zellen des Nervenrohrs theilen sich zwar, sowie aber Faserentwicklung stattfand, d. h. sowie die bisher neutrale Zelle zur Nervenzelle ward, theilt sie sich im normalen Gehirn oder Rückenmark niemals. Die Kerne der Ganglienzellen werden im Gegensatz zu den Kernen aller anderen Zellen, die gezeugt und geboren werden, aus den Kernsubstanzen anderer Zellen zusammengeschmolzen, sie sind nicht Produkt einer Befruchtung, sondern Ergebniss der Addition verschieden grosser Zahlen von Kernen. Während nun die mitotisch entstandene Zelle einen bestimmten Character hat, da sich hier die Chromatinmassen in bestimmter gesetzmässiger Form gegeneinander lagern, so zeigt die durch Addition von Kernen entstandene Nervenzelle, in der nur eine Vermischung der einzelnen Zellen miteinander stattgefunden hat, nichts von den Charakteren ihrer Componenten, sie ist charakterlos. Sind die Lebenswege der mitotisch entstandenen Zelle begrenzt, da sie untergeht, wenn sie aus ihrer Bahn geschleudert wird, so sind die Lebenswege der charakterlosen Nervenzelle mannigfaltig. Die Nervenzelle zeigt bedeutende Widerstandsfähigkeit, wohin sie auch das Schicksal ruft. Stirbt sie, so geht sie dauernd unter und dauernd entstehen durch Verschmelzung von Leukocythen Nervenzellen neu.

G. Ilberg (Grossschweidnitz).

— Die Thatsachen über den Alkohol. Dr. med. H. Hoppe. 2. verbesserte Auflage. Berlin. S. Calvary & Co. 5 M.

H. bespricht zunächst den Alkoholconsum, dann das Wesen und die physiologischen Wirkungen des Alkohols, den Alkohol als Krankheitsursache, seine Beziehungen zu Morbidität und Mortalität, zu Geistesstörung und Verbrechen, seinen Einfluss auf Familienleben und Wohlstand, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Alkohol und Entartung und zuletzt die Verbreitung der Trinksitten und der Trunksucht. 63 Tabellen sind am Schlusse angefügt. Es ist ganz unmöglich, bei der erstaunlichen Fülle des Stoffes und der überaus grossen Reichhaltigkeit des Buches, seinen Inhalt auch nur auszugsweise wiederzugeben oder auf Einzelheiten besonders hinzuweisen. Beständig hat H. die neuesten Erscheinungen auf dem Gebiete der Alkohollitteratur verfolgt und verwerthet. Vor Allem aber verdient hervorgehoben zu werden der Fleiss, der erforderlich war, um ein Buch zu schaffen, in dem eine so gründliche Darstellung geboten wird und das für jeden, der sich eingehender mit dem Studium der Alkoholfrage befassen will, unentbehrlich sein dürfte. Dass bereits 2 Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage die zweite nothwendig wurde, beweist, wie sehr das Hoppe'sche Buch Anerkennung und Verbreitung gefunden und dass es einem thatsächlichen Bedürfniss entsprochen hat.

Braune (Schwetz a. V.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 28. 11. Oktober. 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Eine neue Methode experimenteller Physiognomik.

Von Dr. *Hallervorden* in Königsberg.

1. Eigenbericht des Verfassers über den am 26. Mai 1902 in der Gesellschaft für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg gehaltenen Vortrag, abgedruckt aus der Deutschen med. Wochenschrift 1902, Nr. 31.

Ausgehend einerseits von seiner Wahrnehmung, dass die beiden Gesichtshälften häufig mimisch in verschiedenem Sinne thätig zu sein scheinen, andererseits von der Auffassung, dass Physiognomik als Wissenschaft lediglich Kunsttheorie, ihrem Wesen nach aber Kunst sei, hat der Vortragende versucht, das physiognomische Kunstvermögen unter Bedingungen leichterer Bewährung zu setzen. Es wurden Momentphotographieen von Gesichtern genau en face und mit Blick aufs Objectiv (also im Bild: auf den Beschauer) aufgenommen, ausser den gewöhnlichen Abzügen auch einige vom umgewendeten Negativ, also Spiegelbilder, hergestellt und nach Längshalbirung der Bilder je eine rechte Gesichtshälfte mit ihrem Spiegelbilde und je eine linke Gesichtshälfte mit ihrem Spiegelbilde zu vollständigen, künstlichen Gesichtern ergänzt. Man erhält also ganze rechtsseitige und ganze linksseitige Gesichter, in welchen der störende Einfluss der nicht congruirenden Gesichtshälfte eliminirt und der früher schwache Eindruck von der einen Gesichtshälfte durch ihre Verdoppelung verdeutlicht ist.

Nach diversen Aufnahmen von 18 Köpfen ergiebt sich, dass die Formverschiedenheiten und Verzerrungen (Karrikaturen), welche dabei vielfach entstehen und anfänglich den Beobachter verblüffen, für den sich schnell übenden Blick eine Nebenrolle spielen. Die beiden ergänzten Gesichter unterscheiden sich dann aber, von jenen Verzerrungen abge-

sehen, 1. vom normalen Gesicht in jedem Falle durch Ausdrucksarmuth, wie Gesichter von Defektmenschen; 2. von einander in jedem Falle durch den Charakter der Ausdrucksreste. Und zwar ist der Charakter aller linksseitigen Gesichter von niederer Art als derjenige der rechtsseitigen. Die letzteren sind mehr apperceptiv oder thätig denkend oder lucide oder verständig wollend; die linksseitigen etwa perceptiv oder affectiv oder dunkeln, ungeformten Inhalts oder directionslos. Bei dem einzigen linkshändigen Menschen geht der apperceptive Charakter des Ausdrucks auf die linke Gesichtshälfte über. Es besteht also eine Linkshirnigkeit wie für Sprache und Hand auch für die Mimik des Gesichts; — und wenn die Mimik des Gesichtes einen Ausdruck des seelischen Lebens darstellt, so liest man vom linksseitigen Gesicht den Inhalt der Seele rechter Hemisphäre, vom rechtsseitigen den Inhalt der Seele linker Hemisphäre ab. Die Synthesis der beiden heterogenen Ausdruckscomponenten links und rechts zu einem einheitlichen und reichen Gesichtsausdruck vollziehen wir stets unbewusst und unwillkürlich durch unser physiognomisches Kunstvermögen in schöpferischem Akt. Die Untersuchungen werden unter steter und kritischer Vervollkommnung der Methode fortgesetzt und auf die verschiedenen Gebiete der angewandten Psychologie und der Psychopathologie ausgedehnt.



Original.



Links.



Rechts.

35jähriger gesunder Arbeiter am Tage der Freisprechung nach langer Untersuchungshaft.

2. **Beschreibung photographischer Einzelheiten zu 1.**

Die Aufnahmen sind von Herrn Photographen Kauz in Königsberg mit einer Steinheil'schen Atelierkamera, Gruppenantiplanet 64 mm, ausgeführt. Die Köpfe haben im Bilde etwa die Grösse eines silbernen Fünfmarkstückes.

Die aufzunehmende Person sitzt in gerader Haltung gegen Licht, welches gleichmässig von vorn auf sie fällt. Seitliche Beleuchtung oder Beschattung ist streng zu vermeiden. Der Blick der Person wird womöglich auf den Mittelpunkt des Objektivs (oder wenigstens auf die vertikale Mittellinie desselben, z. B. bei kleinen Kindern auf ein Fixationsobjekt

dicht über dem Objektiv), also auf den Beschauer des Bildes gerichtet. Der schärferen Wiedergabe aller Détails dient eine „kleine Mittelblende" an der Linse. Als Platte ist nicht Glas, sondern Celluloid und zwar Film dünnster Qualität (Kodak) — behufs grösserer Deutlichkeit der von der Kehrseite zu nehmenden Kopien — etwa in der Grösse von 9 zu 12 zu verwenden. Nach Einstellung der Mattscheibe in den Fokus wird die Filmplatte, zwischen 2 Glasscheiben befestigt, eingebracht und um die Dickenausdehnung der vorderen Scheibe dem Objektiv genähert, also ihrerseits in den Fokus eingestellt. Expositionsdauer mit Blende bis zu mehreren Sekunden. Zunächst wird nur eine Kopie gemacht, welche zur Gewinnung der Halbirungslinie auf der Platte dient. Eine gute Halbirung setzt reine Enfaceaufnahme voraus. Die bekannten Asymmetrieen im Bau des Gesichts machen dabei nur theoretische Schwierigkeit. Man geht am besten von der Augenstellung aus und ermittelt die geforderte Kopfhaltung in praxi bald mit ziemlicher Sicherheit, kann sie auch auf dem Bilde besonders an der symmetrischen Lage der Pupillen zu den innern Augenwinkeln controlliren. Als beste Theilungslinie des Bildes darf eine senkrecht auf der Mitte des Pupillenabstandes stehende Medianlinie gelten. Darum wird auf dem ersten Abzuge von jeder Pupille aus je ein Kreis mit dem Pupillenabstand als Radius beschrieben. Oberer und unterer Schnittpunkt beider Kreise markiren die Theilungslinie auf dem Probebild. Hiernach wird sie auf der Filmplatte als Kratzlinie ausgezogen. Jede fernere Kopie der Filmplatte, sei's von der Bildseite, sei's von der Kehrseite, zeigt nun die Theilungslinie als feine weise Naht und lässt sich darnach sauber halbiren.

Aus der Irrenanstalt zu Upsala.

Dementia paralytica bei einem Ehepaar.

Die Paralyse bei der Frau eine periodische Psychose komplicirend.

Von *Dr. Herman Lundberg.*

(Schluss.)

Pat. ist orientirt. Sie ist sehr gedächtnissschwach, besonders für die Ereignisse späterer Zeit. Das weiss sie selbst. Bisweilen kann sie nicht einmal den Namen des Pastors oder des Arztes in ihrer Heimath angeben. Nicht selten gebraucht sie andere Namen für den sie untersuchenden Arzt, trotzdem sie oft zeigt, dass sie seinen wirklichen Namen kennt. Solche Irrthümer merkt sie zuweilen, zuweilen auch nicht. Infolge ihrer Gedächtnissschwäche, die sich an verschiedenen Tagen verschieden erweist, fällt es ihr oft schwer, einen Gedanken auszudrücken. Dazu kommt, dass sie nicht selten vergisst, was sie hat sagen wollen. Diese ihre Unfähigkeit, einen Gedanken zu Ende zu denken und sich dessen zu erinnern, tritt noch deutlicher zu Tage, wenn sie einen Brief abfassen will. Sie machte kürzlich einen Versuch. Trotz grosser Anstrengung werden es nur einige unvollständige Zeilen; hier und dort ist eine Silbe zweimal geschrieben. Pat. liest das Geschriebene durch, und merkt sie ein Theil der Fehler, so giebt sie den Versuch auf.

Pat. kann ziemlich tadellos lesen, doch nicht zu lange Wörter. Sie kann nicht längere Wörter nachsprechen, wie z. B. Artilleriebrigade, ohne sich zu verwickeln.

Ihre Fähigkeit zu rechnen ist recht mangelhaft, nicht einmal einfache Additionen kann sie auf dem Papiere richtig ausführen, obgleich sie es selbst glaubt.

Weder Sinnes- noch Gedankenwahn ist nachzuweisen.

In Bezug auf den Mann giebt sie an, dass er ihr in der Ehe untreu gewesen ist. Dies bereitete ihr anfangs viel Kummer, nun hat sie ihm indess verziehen. Von einer venerischen Krankheit weiss sie nichts, weder bei sich selbst noch bei ihm.

Vom 27. 11. bis 4. 12. hatte Pat. nicht weniger als 23 epileptiforme Anfälle. Eine Unruheperiode begann gleichzeitig mit den Anfällen. Pat. wurde geschwätzig, streitsüchtig, polternd und cynisch; sie musste isolirt werden. Sprache undeutlicher und verwischter, wenn sie unruhig ist. Schlaf und Appetit schlecht. Unsauber. Zuweilen weinerlich, weint und klagt; bisweilen ist sie so schwierig, dass mehrere Wärterinnen kaum mit ihr fertig werden können. Sie schlägt und beisst, wenn sie ankommen kann. Pat. hat mehrere Abende Chloral

per os oder im Klystir mit recht guter Wirkung bekommen. An einigen Tagen ist sie ruhiger, an andern dagegen sehr unruhig. Im letzten Monat ziemlich ruhig und fleissig, während dieser Zeit keine Anfälle.

Pat. hat einigermassen regelmässig Jodkalium ($1^1/_2$ g täglich vom 28. 11.) genommen.

Epikrise.

Pat., welche erblich belastet ist, wurde schon zur Pubertätszeit für eine kürzere Zeit geisteskrank. Darauf hat sie fast alljährlich einen ähnlichen Anfall gehabt. Hier handelt es sich also um eine periodische Psychose, eine manisch-depressive Geisteskrankheit nach Kraepelins System oder eine periodische Manie nach dem alten. Gewöhnlich gleicht auch bei diesen Kranken der eine Anfall dem andern vollständig. Aus dem Auszug des Hernösander Journales geht unzweideutig hervor, dass zu ihren Anfällen Depression wie Exaltation gehört, da sie zuweilen weinerlich exaltirt erscheint. Ferner war sie an gewissen Tagen stumm und deprimirt, an anderen laut und lärmend und solche Wechsel konnten während desselben Anfalles mehrfach beobachtet werden. Es befremdet, dass Pat. trotz ihrer häufigen Anfälle von Geisteskrankheit verheirathet wurde. Der Mann scheint zu dem Zeitpunkt, als er die Ehe einging, frei von Syphilis gewesen zu sein, denn er hatte 4 Kinder mit der Frau, die noch leben. Später dagegen soll er der Frau untreu gewesen sein und hat da wahrscheinlich Lues bekommen und diese Krankheit dann auf seine Frau übertragen, welche im letzteren Abschnitt der Ehe nicht weniger als 5 Missfälle bekam.

Im Alter von einigen 40 Jahren starb der Mann an Dementia paralytica und Tabes dorsalis.

Vor $2^1/_2$ Jahren begann die Krankheit der Pat. sich zu verändern, indem sich zahlreiche epileptiforme Anfälle in Verbindung mit einer ihrer gewöhnlichen Unruheperioden einstellten. Zufolge der Kenntniss ihrer Familienverhältnisse und ihrer Vorgeschichte hätte man schon zu dieser Zeit den Verdacht hegen können, dass eine Paralyse im Anzuge war, denn es dürfte wohl eine höchst ungewöhnliche Erscheinung sein, dass epileptiforme Anfälle in einer periodischen Manie auftreten. Aus dem Status, den ich hier in der Upsalaer Irrenanstalt aufgenommen habe, geht ja mit aller Deutlichkeit hervor, dass bei dieser Kranken wirklich eine Paralyse vorliegt. Die eine Pupille ist kleiner als die andere und reagiert langsamer; Pat. zeigt Zittern in den Händen und der Zunge und wird von zahlreichen epileptiformen Anfällen heimgesucht: litterale Ataxie wird bemerkt; ihre ganze Psyche bietet so viele charakteristische Zeichen von Paralyse: Besonders zu bemerken sind ihre Euphorie, Gedächtnissschwäche, welche zeitweise weniger, zeitweise mehr ausgesprochen ist, ihre Unfähigkeit, die allereinfachsten Additionen auf dem Papier auszuführen etc. Bei der Aufnahme in die Anstalt war Pat. recht ruhig. Die Krankheitszeichen, welche dann hervortraten, waren wohl ausschliesslich der Paralyse zuzuschreiben. Da keine hypochondrischen noch Grössenwahnvorstellungen bei ihr bemerkt worden sind, so ist anzunehmen, dass ihre Paralyse zu der beim Weibe gewöhnlichsten Form, der dementen gehört. Infolge des oben Angeführten glaube ich bestimmt behaupten zu können, dass in diesem Falle eine Combination von zwei verschiedenen Psychosen vorliegt.

Da dergleichen Fälle recht ungewöhnlich sind, so will ich versuchen, denselben in bester Weise anzuwenden, ich will nämlich danach streben, zu erforschen, in welcher Weise die Paralyse, welche während der letzteren Jahre hinzugestossen ist, auf das vorhergehende (Krankenbild) Krankheitsbild eingewirkt hat. Dann erst dürfte gesagt werden können, dass die ruhigen Zwischenzeiten bedeutend verkürzt worden wären und dass während derselben nur Zeichen einer Paralyse von dementer Art auftreten, die, obwohl nicht gerade schnell, progredicirt. $2^1/_2$ Jahr sind bereits vergangen, seit sich deutliche Symptome von dieser Krankheit zuerst zu zeigen begannen, und trotzdem ist die ganze Krankheit gegenwärtig noch nicht weiter vorgeschritten, als dass die Pat. arbeiten und sich einigermassen selbst bedienen kann.

Die Unruheperioden sind länger geworden, zeigen aber sonst fast denselben Typus wie früher; indess ist sie jetzt erheblich cynisch und untermengt ihre exaltirte Rede mit Flüchen, d. h. es leuchtet ein gewisser Grad von Demenz hindurch. Ausserdem tritt die litterale Ataxie recht scharf hervor. Auch trüben zahlreiche epileptiforme Anfälle das Bild.

Die Prognose für diese Kranke ist natürlich schlecht. Indess hat sie bereits längere Zeit gelebt, als den meisten paralytischen Pat., die an der dementen Form leiden, vergönnt ist. Nach Kraepelins Zusammenstellung überstieg der Krankheitsverlauf für solche Pat. in 60% nicht 2 Jahre; in 17% trat der Tod bereits innerhalb eines halben Jahres ein; von den übrigen lebten nur wenige 4—5 Jahre.

In der Litteratur sind verschiedene Fälle erwähnt, wo eine Dementia paralytica eine andere Psychose komplicirt hatte. Dennoch habe ich unter denen, die ich angetroffen habe, keinen mit dem von mir beschriebenen analog gefunden, obgleich solche möglicher-

weise vorkommen. Bereits Calmeil*) beschreibt einen höchst eigentümlichen Fall, der grosses Interesse bietet, recht ausführlich. Später hat Hoestermann**) 3 Fälle beschrieben. Voisin***) hat mehrere zusammengestellt. Mendel†) berichtet in grösster Kürze über 2 Fälle, welche unter seinen 210 paralytischen Patienten vorgekommen sind. Frey Svenson erwähnt 3 Fälle unter 117 Paralysen aus der Stockholmer Irrenanstalt ††), Hoogberg†††) glaubt eine solche Combination in 100 Fällen 6 mal gefunden zu haben. Mehrere der Hoogberg'schen Fälle erscheinen mir indess höchst zweifelhaft, wie z. B. sein Fall Nr. 14, den er auf Seite 57 folgendermassen beschreibt:

Ehemaliger Stabshauptmann, 43 Jahre, verheirathet, auf dem Lande wohnhaft. Wurde den 17. 4. 1877 ins Lappviker Krankenhaus aufgenommen. Anamnese: Keine hereditäre Prädisposition. Im Mai 1875 brach bei dem Patienten eine Psychose aus, und er war vom 22. 6. 1875 bis zum 8. 9. desselben Jahres mit der Diagnose Mania cum hallucination. visus et auditus ins Krankenhaus aufgenommen und wurde als gebessert entlassen. Nach seiner Entlassung war er ruhig, deprimirt und apathisch bis anfang des Jahres 1877, wo wieder ein unruhiger Anfall kam. Status praesens und Verlauf: Maniakalisch, prahlend, Grössenwahnideen, abwechselnd unruhig und ruhig. 12. 9. 1878 Apoplektiformer Anfall. Wackelnder Gang. Gedächtnissschwach, Sprache ungelenk. Paresis vesicae. Insensibel. Anfall von vorübergehender Taubheit. Pupillen dilatiert. Decubitus. Somnolent. Schwierigkeit zu schlingen. Tod den 15. 12. 1879.

Nun ist es die Frage, ob man zu der Annahme berechtigt ist, dass der Anfall von Geisteskrankheit, der sich 1875 bei diesem Patienten zeigte, und von dem er sich nicht völlig erholte, denn er wurde nur als gebessert entlassen, eine primäre Psychose war, zu welcher später eine Paralyse hinzustiess, oder ob man nicht einfacher das ganze Krankheitsbild als einen Ausdruck für einen paralytischen Prozess von Anfang bis zu Ende, d. h. von 1875—79 erklären kann.

Der Raum verbietet mir hier, mehr Fälle näher zu analysiren. Indess hoffe ich bei einer andern Gelegenheit auf die so interessante Frage betreffend kombinirte Psychosen zurückkommen zu dürfen.

*) Calmeil. De la paralysie considérée chez les aliénes. Paris 1826.

**) Hoestermann. Ueber secundäre progressive Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 32, 1875.

***) Voisin. Traité de la paralysie générale des aliénés. Paris 1879.

†) Mendel. Die progr. Paralyse der Irren. Berlin 1880.

††) Frey Svenson. Beitrag zur Statistik der allg. progr. Paralyse. (Dementia paralytica.) Psych. Wochenschr. Nr. 14. 1899.

†††) Hoogberg. Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse. Helsingfors 1892.

Obermedicinalrath Dr. Ernst von Zeller.

Nekrolog.

Noch ist kein Jahr vergangen, seitdem die Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal sich durch den Tod ihres Direktors verweist sah, und schon wieder ist sie von tiefer Trauer erfüllt durch den Hingang eines Mannes, der zwar seit 2 Jahren nicht mehr in ihrem aktiven Dienste stehend ihr doch bis zu seinem Lebensende so innig verbunden geblieben war, wie er es von Kindesbeinen auf gewesen ist. — Der am 18. September d. J. ganz unvermuthet uns entrissene Obermedicinalrath Dr. Ernst von Zeller war am 2. December 1830 zu Stuttgart geboren. Er hatte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, als sein Vater Dr. Albert Zeller zum Vorstande der werdenden ersten Irrenheilanstalt Württembergs ernannt nach Winnenthal übersiedelte. Der Aelteste in einem grösseren Geschwisterkreise hat er hier eine fröhliche Jugend verlebt, auf die allerdings der 1847 erfolgte Tod der geliebten Mutter schon frühe düstere Schatten geworfen hat. Musste er schon zum Zweck seiner Vorbildung das Elternhaus verlassen, so hat er während seiner Universitätsstudien, denen er theilweise in Berlin oblag, im grossväterlichen Hause (Verlagsbuchhändler G. Reimer) nicht nur innigen Familienanschluss, sondern auch einen sehr anregenden Verkehr gefunden, dem er manche auch später noch hochgehaltene Beziehungen verdankte. 1853 bestand er zu Tübingen die erste und im folgenden Jahre die zweite medicinische Staatsprüfung mit sehr guten Noten besonders auch in den naturwissenschaftlichen Fächern, denen er immer das regste Interesse und Verständniss entgegengebracht hatte. Seine praktische Thätigkeit hat er dem Beispiel des Vaters folgend alsbald in der Irrenheilkunde gesucht, zunächst 1854 in Siegburg unter der Leitung des Geheimrath Dr. Jakobi, eines der hervorragendsten Vertreter seines Faches. Die Leistungen in der dortigen Assistentenstelle verschafften ihm so vorzügliche Empfehlungen, dass ihm schon 1857 die selbstständige Leitung der Irrenabtheilung an der thurgauischen Kantonskrankenanstalt zu Münsterlingen übertragen worden ist. Mit welch' primitiven Einrichtungen er sich daselbst zu behelfen hatte, wusste er mit köstlichem Humor zu

schildern. Eine vorübergehende Unterbrechung hat seine Wirksamkeit in Münsterlingen erfahren durch die Mobilmachung des Jahres 1859, über deren Dauer er zum Oberarzt beim Festungsspital in Ulm bestellt worden war. Endgültig hat er die dortige Stellung trotz nicht unbefriedigender Verhältnisse 1862 verlassen, um in die bescheidene Rolle eines Assistenzarzts bei seinem Vater zurückzutreten, für die sich geeignete Bewerber nicht gefunden hatten.

Diesem pietätvollen Entschlusse ist er auch später trotz wiederholter ehrenvoller Berufungen zu selbstständigeren Stellungen treu geblieben, so dass der Vater in den Jahren abnehmender Kraft jeder Sorge um eine zuverlässige Unterstützung in seinem verantwortungsvollen Berufe überhoben blieb. Wohl fand dies äussere Anerkennung durch eine für seine Person ausnahmsweise bewilligte definitive Anstellung und die Verleihung des Medicinalrathstitels. Neben der dominirenden Persönlichkeit seines Vaters bedeutete sein Entschluss aber den vorläufigen Verzicht auf selbstständige Wirksamkeit im Berufe. Ohne unter einer solchen Entsagung zu leiden, hat er sich neben der treuen Unterstützung des Vaters in anstrengender Berufsarbeit sein besonderes Arbeitsfeld zu schaffen gewusst. In seinen spärlichen Musestunden hat er sich wieder zoologischen Forschungen zugewandt, auf die ihn unter Anderem schon seine Inauguraldissertation geführt hatte. Als gründlicher und gewissenhafter Beobachter hat er auch auf diesem Gebiete einige der schwierigsten Probleme so erfolgreich aufzuklären vermocht, dass die Leopoldinisch-Karolinische Akademie ihn zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt hat.

Den eigentlichen Berufsaufgaben wurde er durch diese Forschungen so wenig entzogen, dass ihm vielmehr der hauptsächlichste Antheil zukam an einer von 1875 an planmässig eingeleiteten Reorganisation der baulichen Einrichtungen in Winnenthal, wozu ihn weitgehende technische Kenntnisse, sowie eine künstlerische Begabung und Geschmacksrichtung besonders befähigten. Diese Aufgabe ist bald ganz in seine Hände übergegangen, als er nach dem 1877 erfolgten Tode seines Vaters dessen Nachfolge in der Leitung der Anstalt angetreten hat.

Dieser Umbau der Anstalt war entsprechend den Fortschritten moderner Technik ein so durchgreifender und musste, um den Betrieb ungeschmälert aufrecht erhalten zu können, auf eine so lange Zeit vertheilt werden, dass fast die ganze Wirksamkeit Zellers als Direktor unter seinem Zeichen gestanden hat. Er erfolgte nach dem von ihm entworfenen Programm freilich mit mancherlei Abänderungen und Zuthaten, wie sie die neuen Anforderungen an die Irrenpflege und der stets wachsende Zudrang zur Anstalt mit sich gebracht haben. Als er in den Ruhestand getreten ist, war dieses Programm in allen wesentlichen Punkten durchgeführt. Die Zahl der Plätze in der Anstalt war dabei nahezu verdoppelt, alle ihre Abtheilungen waren wohnlicher und hygienisch zweckmässiger geworden. In manchen Punkten hatten sie selbst eine Modernisirung erfahren, die nicht ganz nach seinem Sinn war. Er wollte sie nicht verhindern, da er nichts unversucht lassen wollte, woraus seinen Kranken etwa Vortheil erwachsen konnte, auch wenn er selbst bei seiner vorsichtigen Beurtheilung aller Neuerungen von ihrer praktischen Bedeutung noch nicht völlig überzeugt war. Denn nicht vorgefasste Meinungen und theoretische Speculationen leiteten ihn bei seinem Thun und Lassen, sondern humane Bestrebungen, wie sie sich ihm aus gewissenhafter Beobachtung und reicher Erfahrung ergaben. Hatte er nicht den Ehrgeiz mit Neuerungen anderen zuvorzukommen, so war ihm um so mehr daran gelegen, das Loos seiner Kranken so erträglich als irgend möglich zu gestalten. Aller eitle Schein und alle leere Formen waren dabei seiner geraden und aufrichtigen Natur so zuwider, dass er sie als Hemmnisse für fortschreitende Erkenntniss stets rückhaltslos verurtheilt hat.

Mit solchen Gesinnungen war er keine Natur, die schon bei der ersten Begegnung für sich einnehmen musste. Sie konnte aber nicht verfehlen, zu gewinnen, je länger man mit ihm verkehrte, je näher man ihn kennen lernte. Dann kam neben der Rechtlichkeit und Wahrhaftigkeit die herzliche und wohlwollende Seite seines Wesens unverkennbar zum Vorschein, der eine warme Gemüthlichkeit und fröhlicher Sinn sich beigesellten, wo er sich unter Gleichgesinnten wusste. Ganz besonders sind die gewinnenden Seiten seiner Persönlichkeit hervorgetreten im Verkehr mit seinen Kranken, von denen jeder Einzelne ihm ein Gegenstand reiflichen Nachdenkens und wohlmeinender Fürsorge war, die auch nicht abschloss mit dessen Austritt aus der Anstalt, sondern sich auch auf die späteren Schicksale der einstigen Pflegebefohlenen noch erstreckt hat. So war er ein Seelenarzt im vollsten Sinn des Wortes ähnlich seinem Vater, von dem dies in so ganz besonderem Maasse gerühmt wird, und doch nach mancher Richtung hin sehr verschieden von diesem. War jener in seine Lebensaufgaben hereingewachsen zu einer Zeit, in der naturphilosophische Betrachtungen und Speculationen auch die Medicin beherrschten und in der die erst werdende Psychiatrie eines moralisirenden Zugs sich kaum zu erwehren vermochte, so fiel die Ausbildung des Sohnes schon ganz in die Epoche, in der die beobachtende Naturwissenschaft die einzige Grundlage bilden sollte, für ärztliche Anschauungen und ärztliches Handeln. Die tief angelegte Natur Ernst Zeller's hat sich aber nie durch Zeitströmungen allein beherrschen lassen; niemals sich verschlossen gegen Andersdenkende, so dass es nicht erst der ihm eigenen kindlichen Pietät und aufrichtigen Verehrung für den Vater bedurft hätte, um ihm ein harmonisches Zusammenwirken mit demselben durch $1\frac{1}{2}$ Jahrzehnte zu ermöglichen. So mancherlei Verschiedenheiten die Krankenbehandlung bei Vater und Sohn im Einzelnen zeigen mochte, in den leitenden Gesichtspunkten, in dem Streben nach sorgfältiger Individualisirung und warmherziger Theilnahme für alle Leidenden war sie sich gleich geblieben: ein Geist hat bei Vater und Sohn durch 67 Jahre hindurch in der Anstalt geherrscht und dieser hat sich auch übertragen auf alle, die mit unter Ernst Zeller im Krankendienste mitzuwirken berufen waren. Liebte

er es nicht direct didaktisch seinen Assistenten gegenüber aufzutreten, so konnten seine Art und sein Beispiel um so weniger verfehlen, diesen tiefen Eindruck zu machen und sie zu aufrichtiger Verehrung gegen ihren Chef zu stimmen.

So sehr ihm seine Anstalt und seine Kranken am Herzen lagen, so hat Ernst Zeller doch wenig Verkehr gesucht mit psychiatrischen Kreisen, wie er auch litterarisch auf dem Felde seiner Berufsthätigkeit nicht hervorgetreten ist. Was ihm an Musse blieb, wurde auf das Studium der Naturwissenschaften verwandt, mit denen er in allen ihren Zweigen wohlvertraut gewesen ist. Alle seine gelegentlichen Wahrnehmungen im Garten, auf Spaziergängen oder Reisen sind ihm sogleich auch zum Gegenstand eines gründlicheren Studiums geworden, fast immer haben ihn Mikroskop und Präparirbesteck auch im Erholungsurlaub begleitet. So hat ein Zusammensein mit ihm auch draussen des Anregenden und Belehrenden immer unendlich viel geboten.

Als besondere Forschungsgebiete hatte er das Leben von Süsswasserthieren und Parasiten, wie die Enthomologie sich erkoren. Auf ihnen bewegen sich auch die Studien, die er der Oeffentlichkeit übergeben hat. Seine Inauguraldissertation über „Alveolarkolloid der Leber" behandelt einen Fall von Echinococcus, dessen wahre Natur er selbst wohl erkannt hatte, die auch zu bekennen ihn aber Luschka abgehalten hat. Besonderes Aufsehen haben seine ganz selbstständigen „Untersuchungen über die Entwicklung des Diplozoon paradoxon" erregt, denen er später einen Nachtrag über den Geschlechtsapparat dieses Thieres folgen liess. Nicht weniger ausgezeichnet sind seine Studien über Polystomum, schmarotzende Opalinen, Tritonen und Urodelen u. a. m., auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann. Sie sind theils in der Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, theils in den Jahresheften des württembergischen Vereins für vaterländische Naturkunde enthalten.

Der eben genannte Verein hat ihn zu seinen eifrigsten und geschätztesten Mitgliedern gezählt. Selten fehlte er bei seinen Jahresversammlungen, häufig hat er diese durch interessante Mittheilungen und Vorträge belebt und mit besonderem Eifer hat er dessen Sammlungen bereichert durch Zuwendungen von Funden und von Produkten seiner eigenen Züchtungsversuche. Mit besonderer Vorliebe hat er auch zum geselligen Verkehr die Kreise aufgesucht, in denen er Interesse und Verständniss für Beobachtungen und Forschungen aus dem Gebiet der Naturwissenschaften gefunden hat. Hier wurde der meist stille und in sich gekehrte Mann lebendig und heiter, wie man ihn sonst wohl nur im engsten Kreise seiner Familie gesehen hat.

Ein inniges Familienleben hat Zeller stets genossen, zunächst im Vaterhause, wo die einzige Schwester an Stelle der früh verstorbenen Mutter waltend, dem Vater und den Brüdern ein Heim erhalten hatte, das ein Sammelpunkt der wachsenden Familie geblieben ist und wo er nach des Vaters Tode als Haupt verehrt wurde.

Erst 1886 hat er in seiner Cousine Emma geb. Reimer auch eine Gattin nach seinem Herzen gefunden.

Im Verkehr mit ihr und dem einzigen Sohn hat er sich glücklich gefühlt, ohne wirklich zu altern trotz seiner Jahre. In voller geistiger Frische hat er auch im Ruhestande noch seinen zoologischen Forschungen gelebt, mit sicherer Hand seine Präparate gefertigt und nach diesen Zeichnungen, deren Feinheit von jeher die Bewunderung der Kenner erregt hat. Körperliche Beschwerden haben in den letzten Jahren wohl seine Beweglichkeit beeinträchtigt, nie ihn zum Klagen veranlasst.

Nachdem er erst wenige Wochen vorher in dem geliebten Winnenthal noch einen Besuch gemacht hatte, allen seinen alten Freunden und Verehrern zur herzlichen Freude, hat ungeahnt ein Gehirnschlag binnen wenigen Stunden seinem reichen Leben ein Ziel gesetzt. Was er während desselben gewirkt hat, werden weite Kreise in dankbarem Andenken bewahren. Dem Dank der hiesigen Anstalt und der durch Ernst Zeller in die Psychiatrie eingeleiteten Aerzte hat bei der Beerdigung am 20. September auf dem Pragfriedhof in Stuttgart der jetzige Anstaltsdirektor durch Niederlegen eines Lorbeerkranzes am Grabe Ausdruck verliehen.

Mittheilungen.

— **Tagesordnung** für die vierte Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Irrenärzte am Montag den 13. October 1902 in Lübeck. 1. Zwangloses Zusammensein der Theilnehmer am Sonntag, den 12. October, abends 9 Uhr im Hotel Stadt Hamburg. 2. Sitzung am Montag, den 13. October, vormittags 9 Uhr im Festsaal der Irrenanstalt: a) Begrüssung. b) Wahl des Vorsitzenden und des Schriftführers. c) Bestimmung des Ortes der nächstjährigen Versammlung. d) Vorträge. 3. Frühstück. 4. Besichtigung der Anstalt. 5. Gemeinsames Essen im Rathskeller, abends 6 Uhr.

Die Herren Collegen werden gebeten, etwaige Vorträge dem Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Lübeck. Wattenberg.

Referate.

— Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie und psych. ger. Med. Bd. 59, 1.

Stier (Jena): Ueber Geisteskrankheiten im Heere.

Verf. scheidet scharf zwischen Krankheiten der Berufssoldaten (Unterofficiere und Officiere) und denen

der Pflichtsoldaten. Nur bei den ersteren kommen die specifischen militärischen Einflüsse zum Ausdruck. Unter 84 Psychosen bei Officieren waren 50 % Paralysen, Lues war bei allen anzunehmen. Bei Berücksichtigung aller Umstände ist die Ansicht von der abnorm grossen Häufigkeit der P. bei Officieren als noch nicht erwiesen anzusehen. Trauma und Alkohol werden bei der Aetiologie überschätzt, Erblichkeit unterschätzt.

Unter den Mannschaften, wo hauptsächlich der grosse Eindruck des Eintrittes in das Heer wirksam ist, überwiegen bei weitem die Fälle von Dementia praecox, dann kommen männliche Hysterie, Psychosen im Anschluss an Hitzschlag, Trauma etc.

Die Zahl der Psychosen in der deutschen Armee betrug 1897/98 nur 268 (0,52 p. m.), war also äusserst geringfügig.

Luther (Neustadt i. H.): Zur Casuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus.

Von den Erscheinungsformen der Alkoholpsychosen werden nur 4 Krankheitsgruppen herausgegriffen und mit den Beschreibungen anderer Autoren, die theilweise andere Nomenclatur führen, verglichen. Es handelt sich um

1. Formen im Anschluss an Delirium tremens (8 Fälle), 2. Alkoholische Verwirrtheit (11 Fälle), 3. Hallucinatorischer Wahnsinn (18 Fälle), 4. Chron. alkohol. Grössenwahn (15 Fälle). Das Krankenmaterial stammt aus den Angehörigen der arbeitenden Klassen aus Vorpommern und Mittelpommern, die Alkohol in Form von Schnaps genossen. Irgend eine Erklärung, warum sich im einen Fall die, im andern Falle eine anders geartete Psychose entwickelte, war nicht zu finden.

Würth (Hofheim): Ueber die Bettbehandlung bei chron. Psychosen.

In Hofheim wurden im April 1901 die Kranken der unruhigsten, bisher in Tages- und Schlafräumen untergebrachten Abtheilung, ganz unvermittelt, dauernd der Bettbehandlung unterzogen. Die ganz einwandfreie Beobachtung ergab eine zahlenmässig genau angegebene erhebliche Abnahme der Gewaltthätigen, der durch Kranke Verletzten, der Isolirungen und derjenigen, welche feste Kleidung, Schuhe u. dgl. erhielten. Dagegen änderte sich nicht die Durchschnittszahl der Unreinen und Schmierer.

Kaiser (Altscherbitz): Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. III. Hysterie mit katatonischen Stuporzuständen.

Aus 3 ausführlich beschriebenen Fällen wird die Lehre gezogen, dass sowohl bei einer Hysterie katatonische Erscheinungen, als auch bei einer Katatonie psychogene Symptome auftreten und dadurch die Diagnose zu einer schwierigen gestalten können. Ausschlag gebend sind nicht einzelne Symptome, sondern der gesammte Krankheitsverlauf.

Schäfer (Blankenhain S.-W.): Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica und einigen anderen Formen des Schwachsinns.

Verfasser hat hauptsächlich in diagnostischer Absicht Lumbalpunktionen bei Geisteskranken vorgenommen und Menge, Druck, Aussehen, Eiweiss- und Zuckergehalt der Cerebrospinalflüssigkeit untersucht. Bei einem Epileptiker schwanden klonische Zuckungen und Benommenheit sehr bald, bei den verschiedensten Schwachsinnsformen ergab sich fast durchweg eine abnorme Drucksteigerung. Bedingt war dieselbe bei Dementia paralytica durch Hydrops ex vacuo (Hirnschwund) und entzündlichen Hydrops (Meningitis), bei den übrigen Schwachsinnsformen (4 Fälle von Dementia post apoplexiam, 15 Idioten, 20 Imbecille, 32 Dementia epilept.) dagegen nur durch Hydrops ex vacuo (Hirnatrophie resp. Entwickelungshemmung). Während die übrigen Schwachsinnsformen eine Cerebrospinalflüssigkeit mit normalem Eiweissgehalt ergaben, war dieselbe bei Dementia paralytica, infolge der entzündlichen Vorgänge erhöht.

van Brero (Buitenzorg, Java): Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten.

Kurze Abhandlung, in der nur über 2 belangreiche Faktoren beim Bau tropischer Anstalten berichtet wird, und zwar 1. über die Höhenlage; unter Berücksichtigung der einschlagenden hygienischen und ökonomischen Verhältnisse erscheint eine Höhe zwischen 150—500 m über d. M. als zweckmässig, 2. über die Aenderungen, welche die Bettbehandlung und die Wachsäle in der Anstaltseinrichtung gemacht haben; seit Einführung der genannten Behandlungsmethoden an Stelle der früher gebräuchlichen Zellen, sind vor allem Bauten aus viel billigerem Material (Bambus statt Steine) möglich geworden. Als bequemste Ueberwachungsanlage wird ein durch eine Tafel erläutertes Doppelrechteck für 28—32 Betten empfohlen.

Kornfeld (Gleiwitz): Ablehnung einer Entmündigung. Aus der Rechtssprechung der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika.

Aus 3 ärztlichen Gutachten vom Jahre 1900 geht unzweifelhaft hervor, dass es sich im vorliegenden Fall, der in Nord-Amerika Aufsehen erregt hat, um Paranoia bei einer Frau handelte (systemat. Grössen-, Verfolgungs-, Vergiftungsideen), infolge deren Pat. mit allen Personen ihrer Umgebung in Conflikt gerieth, sich und ihr Hauswesen im schmutzigsten Zustand liess und in endlosen Processen ihr Geld verschwendete. Auf Grund richterlicher Entscheidung wurde die Kranke zwar als excentrische Dame, aber nicht als geisteskrank bezeichnet und von der Vormundschaft befreit. Dass auch bei uns unter der Herrschaft des B. G. B. ein gleicher Ausgang des Processes meist zu erwarten sein würde, wird noch besonders betont. Arnemann.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 29. | 18. Oktober. | 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber die Berechtigung der forensischen Psychiatrie.

Von *Dr. Weygandt*, Privat-Docent in Würzburg.

Schutz des Publicums vor den Psychiatern, betiteln sich zwei Aufsätze dieser Zeitschrift, der eine in Nr. 7 von Dir. Pfausler-Valduna, der andere in Nr. 10 von Primararzt Dr. Salgo-Budapest. Der merkwürdige Titel kann von vorn herein eine Fülle von Associationen wecken, die ungefähre Vermuthungen des Inhalts betreffen. Denkt ein Autor etwa an die Sucht mancher Fachgenossen, jede auffallende historische Erscheinung sofort in die Kategorien eines psychiatrischen Lehrbuchs unterzubringen, wie z. B. Lombroso den Entdecker Columbus als Paranoiker kostümirt hat? Oder an die Neigung, alle möglichen Erscheinungen unserer Litteratur auf ihre Zugehörigkeit zu einer der v. Krafft-Ebing'schen Gruppen der Psychopathia sexualis hin zu prüfen und beispielsweise, wie es schon geschah, Göthes Gedicht „Lilis Park" als ein Muster des Masochismus hinzustellen? Oder vielleicht an die voreilige Sucht, aufsehenerregende öffentliche Erscheinungen, wie etwa die Fälscherfamilie der Humberts, vor jeder Untersuchungsmöglichkeit schon psychiatrisch abzustempeln?

Es handelt sich in jenen zwei Aufsätzen um etwas Anderes, um praktischere Angelegenheiten, besonders um forensische Dinge. Auch hier läuft manche psychiatrische Ansicht und Stellungnahme mit unter, bei der das Publicum, oder besser gesagt, das öffentliche Wohl zu kurz kommen kann, so dass jener Hilfruf gerechtfertigt wäre. Vor allem wäre hier an die mancherorts bei Grenzfällen vorkommende Verdrehung des § 51 Str. G. B. zu denken, indem gelegentlich so geschlossen wird, dass man sagt: Der Rubrikat ist zwar nicht geisteskrank im klinischen Sinne, aber doch, etwa durch seinen hysterischen Charakter, nicht in der Lage, seinen Willen wie ein Normaler zu bethätigen; die freie Willensbestimmung ist nicht völlig

vorhanden, folglich ist sie ausgeschlossen. Auf diese Weise jeden Psychopathen völlig zu exkulpiren, widerspricht durchaus den Intentionen der Gesetzgebung und hat seine schweren socialen Bedenken. Die Folge davon ist, dass viele Hysterische u. s. w. einen langjährigen Kreislauf durchleben können, der sie in Untersuchungshaft, in die Irrenanstalt zur Begutachtung und bald darauf nach der Exkulpirung wieder, weil ein Grund zur dauernden Anstaltsbehandlung nicht vorliegt, in die Freiheit führt, wo sich dann auf's Neue Gelegenheit zur Gesetzesübertretung bietet.

Wer hier die Fürsorge für den Kranken mit dem Sinn des Gesetzes und der Rücksicht auf das allgemeine Wohl vereinen will, hat im praktischen Fall den Richter darauf hinzuweisen, dass es sich um ein nicht vollwerthiges, wenn auch nicht um ein im klinischen Sinn geisteskrankes und den Voraussetzungen des § 51 ganz entsprechendes Individuum handelt, worauf es dann Sache des Richters ist, durch das Surrogat der Zubilligung mildernder Umstände oder auf andere Weise den geeigneten, relativ besten Ausweg zu finden. Im übrigen aber besteht für denselben Begutachter die Pflicht, statt durch eine zu weitgehende Empfehlung der völligen Exkulpirung, die dem Allgemeinwohl manchmal in das Gesicht schlägt und dazu die Psychiatrie nicht selten auf das Schwerste im Urtheil der Oeffentlichkeit discreditirt, vielmehr auch theoretisch für die Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit einzutreten. So dringend auch nach dieser Richtung hin der Kampf de lege ferenda ist, so kann der Sieg freilich nur dann erspriesslich sein, wenn gleichzeitig auch eine besondere Form der Fürsorge für die als in ihrer Zurechnungsfähigkeit vermindert erkannten Personen erstritten wird.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht versäumen, auch gegen die Angriffe Stellung zu nehmen, die E. Meyer*) in einer umfangreichen Besprechung meines „Atlas und Grundriss der Psychiatrie“ in dieser Frage gegen mich unternommen hat. Er sagt (S. 341): „Das höchste Erstaunen muss aber endlich der Satz W.'s erregen, dass nur während der Dämmerzustände, Delirien, Krampfattacken, Stupor- und Schlafzustände die Hysterischen den Voraussetzungen des § 51 entsprechen. Das heisst meines Erachtens, das Wesen der Hysterie völlig verkennen.

Gilt denn die weitgehende Aenderung des Gefühls- und Vorstellungslebens bei der hysterischen Geistesstörung gar nichts?“ Fälle von „Hysteria gravis, hysterischer Paranoia, hysterischem Schwachsinn“ u. dgl., wie sie hier und da diagnosticirt werden, schalte ich von vornherein aus, da ich sie in ihrer Mehrheit zur Gruppe der Dementia praecox rechnen muss. Dass ich eine völlige Exkulpirung aller Hysterischen für grundverkehrt und geradezu socialschädlich halte, habe ich oben ausgeführt. Aber deshalb alle Hysterischen, die ausserhalb der Attacken mit dem Gesetz in Conflict kommen, für völlig zurechnungsfähig zu erklären, was nach Meyers Worten angenommen werden könnte, ist mir nie und nimmer eingefallen, wie sich schon aus der kursorischen Lectüre meiner Ausführungen ergeben muss. Ich habe nicht nur in dem Kapitel XIV über Hysterie (S. 257) darauf hingewiesen, dass der Richter mildernde Umstände zu Geltung bringen kann, sondern in dem Kapitel XI, über die forensische Bedeutung der Geisteskrankheiten, gerade als Beispiel ausführlicher den Fall einer hysterischen Angeklagten gebracht, die vor ihren Delicten nur hysterisches Temperament erkennen liess, aber erst mehrere Monate nach den Delicten Krämpfe, Dämmerzustände u. a. gezeigt hatte. Es heisst hierüber S. 156: „Das Gutachten sprach sich dahin aus, dass die Frau zeitlebens hysterisch sei, weshalb an sie nicht derselbe Maassstab wie an einen Vollgesunden angelegt werden könne. Während allerdings zur Zeit der hysterischen Dämmerzustände und Anfälle die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, hat zur Zeit der Begehung der Handlung ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, nicht existirt.“

Dass in praxi die Anwendung mildernder Umstände oftmals nur eine kürzere Freiheitsstrafe und damit raschere Rückkehr zur Deliktsgelegenheit erzielt, verkenne ich nicht. So lang jene Lücke im Gesetzbuch wie in der Art der Vollstreckung und Fürsorge besteht, kommen wir um ein gewisses Laviren und einen Rest von Unausgeglichenheit des Verfahrens nicht herum, am wenigsten durch eine zuweitgehende Anwendung des § 51.

Es sei mir gestattet, auch noch gegen die Vorwürfe zu opponiren, die E. Meyer am gleichen Ort vorbringt hinsichtlich meiner Anwendung der Ausdrücke „Täuschung“ und „Simulation“ auf Hysterische. Es geht meines Erachtens mit nicht misszuverstehender Deutlichkeit aus meiner ganzen Darstellung hervor, dass ich hier bei Täuschung und Simulation die pathologische, hysterische Grundlage überall anerkenne. Der Absatz über die gerichtliche Beurtheilung der Hysterischen (S. 256) beginnt mit den Worten: „Forensisch ist das Vorkommen von Simulation auf krankhafter, hysterischer Basis zu beachten“. Von

*) Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. XXV. 1902. Mai. S. 373 ff.

einer pathologischen Simulation und Täuschung zu reden, ist ebenso gerechtfertigt, wie etwa die längst eingebürgerte Bezeichnung der „pathologischen Lüge". In diesem Zusammenhang ist doch bei den Begriffen Täuschung und Simulation eine mala fides, auf die offenbar E. Meyer hinzielt, ebensowenig eingeschlossen, wie etwa in der von dem allgemeinen Sprachgebrauch durchaus gedeckten Redewendung „er hat sich getäuscht". Bekanntlich wurde von mancher Seite auch der Ausdruck „geisteskranke Verbrecher" und „verbrecherische Geisteskranke" bemängelt, da nach § 51 die That eines Geisteskranken keine strafbare Handlung, kein Verbrechen sei und somit der Geisteskranke überhaupt kein Verbrechen begehen könne; über diese Silbenstecherei ist der forensische Sprachgebrauch mit Recht zur Tagesordnung übergegangen.

Nach diesen Exkursen komme ich auf die beiden Aufsätze dieser Zeitschrift zurück. Von all den bisherigen Erörterungen über den Schutz des Publicums vor den Psychiatern haben die 2 Autoren keine im Auge gehabt; sie zielten auf etwas anderes.

Director Pfausler hatte in seinem Aufsatz (S. 80) einen Erlass des österreichischen Justizministeriums vom Februar 1902 besprochen, wonach bei Begutachtung von in Anstalten befindlichen Geisteskranken die Beiziehung der ordinirenden Anstaltsärzte zu vermeiden sei. Die daraus erwachsenden Missstände waren durch einen Fall illustrirt worden. Lebhaft machte der Aufsatz Front gegen das durch den Erlass den Anstaltsärzten ausgestellte Misstrauensvotum und gegen die unberechtigte Ansicht, als sei auf diese Weise ein „Schutz des Publicums vor den Psychiatern" zu erstreben.

In dem 2. Aufsatz (S. 190) erhebt Dr. Salgó Opposition gegenüber den Ausführungen Pfauslers. Er giebt zu, dass das Urtheil auch fachmännisch vorgebildeter Gerichtsärzte doch nicht so zutreffend sein kann wie das der Anstaltsärzte; trotzdem gelangt er zu entgegengesetztem Schluss wie Pfausler. Er betont den schwerwiegenden Eingriff, den eine Entmündigung darstellt, und die daraus resultirende Nothwendigkeit weitgehender Cautelen bei dem Verfahren. Ferner verweist er darauf, dass sich auch ein Anstaltsarzt optima fide irren kann. Daraufhin schliesst er: „Wenn dem so ist, hat man wohl Grund zu sagen, dass das Gutachten des Anstaltsdirectors zur Verhängung des Curatel, d. h. zur Vernichtung einer Individualität ganz ungenügend sein muss."

Um diese Vergewaltigung der Logik vollkommen zu verstehen, sei der Leser daran erinnert, dass in Oesterreich wie in Deutschland das Gutachten des Sachverständigen keineswegs ausschlaggebend und bindend für den Richter ist, sondern dass erst ein gerichtlicher Beschluss, der nach freier Würdigung des Gutachtens erfolgt, die Entmündigung wirklich ausspricht. Ja, genau gesagt, die Cautelen sind in Oesterreich noch strenger als in Deutschland, insofern dort zur Curatelverhängung, wie übrigens auch in kriminellen Fällen bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit, stets die Untersuchung und Begutachtung durch zwei Aerzte vorgeschrieben ist. Uebrigens giebt es ja auch Berufung, sowie Rehabilitation.

Was aber fernerhin zum Widerspruch herausfordert und mich in erster Linie zu meiner Aeusserung veranlasst hat, sind die verallgemeinernden Folgerungen, die Salgo aus seiner Stellungnahme zieht.

Er begreift nicht, „wie und warum diese Frage eine psychiatrische werden konnte." Zunächst sei betont, dass die Frage der Zwangsinternirung und die der Entmündigung eines Geisteskranken keineswegs so unlösbar verknüpft sind, wie es nach Salgos Ausführungen scheint. Weiter wird gesagt, es könne dem Irrenarzt gleichgültig sein, wie sich der Jurist mit der Entmündigung abfindet; wäre gesetzlich zur Entmündigung allein die richterliche Ueberzeugung erforderlich, so hätte der Irrenarzt auch dem gegenüber kein Recht sich aufzulehnen. Der Psychiater diene seinen Kranken vollauf, wenn er ihre Heilung oder Wartung besorge, die Erledigung der an die Geistesstörungen geknüpften rechtlichen Fragen sei anderen Kreisen zu überlassen. Bedauerlich sei es, dass man überhaupt von einer „forensischen Psychiatrie" spreche.

Hier ist nun aber doch auf das Entschiedenste Einspruch zu erheben, auch ohne dass man an das von Salgo citirte Selbstgefühl oder die Empfindlichkeit des Irrenarztes zu appellieren braucht.

1. Es ist nicht richtig, dass sich die Psychiatrie allein eine forensische Nebendisciplin geschaffen hat. Die gerichtliche Medicin macht Anleihe bei einer Reihe medicinischer Disciplinen, bei der pathologischen Anatomie, Chirurgie, Geburtshilfe, Pharmakologie u. s. w. Es ist zugegeben, dass das Wichtigste, was der Gerichtsarzt aus diesen Disciplinen wissen muss, ihm schon im allgemeinen medicinischen Studium geboten wird. Keineswegs aber jedes und alles. Die Fragen der Leichenschau, des Selbstmords, der Kindesabtreibung u. s. w. werden zum Theil gar nicht, zum Theil nur ganz kursorisch von jenen Disciplinen behandelt, so dass der Unterricht in der gerichtlichen Medicin auch hier noch eine Reihe ganz specieller Aufgaben zu erledigen hat, weshalb sehr wohl von einer foren-

sischen Seite der pathologischen Anatomie u. s. w. gesprochen werden kann.

In ganz analoger Weise hat sich in Deutschland seit der Unfallgesetzgebung als wohlberechtigte Disciplin die Unfallheilkunde eingebürgert, obwohl die rein medicinischen Vorkenntnisse dieses Fachs schon beim Studium der Chirurgie, Neurologie u. s. w. erworben werden.

2. Während nur ein geringer Procentsatz der Sektionen oder der Aborte u. s. w. die rechtliche Sphäre berührt, ist fast jeder psychiatrische Fall mit rechtlichen Fragen verknüpft, so dass sich hier eine Zusammenfassung der einschlägigen Fragen zu einer besonderen Disciplin viel eher erklärt als in der pathologischen Anatomie, der Geburtshilfe u. s. w. Civilrechtliche Fragen werden ja überhaupt fast nur an den Psychiater gerichtet.

3. Besonders zu betonen ist, dass die den pathologischen Anatomen, Chirurgen u. s. w. gestellten gerichtlichen Fragen sich doch in einem wesentlichen Punkt von den dem Psychiater vor Gericht vorgelegten Fragen entscheiden. Der pathologische Anatom, der Geburtshelfer u. s. w. liefert mit seiner Untersuchung und Aussage vor Gericht nur Beiträge zum Thatbestand, so gut wie etwa ein Bücherrevisor, der in einem Fall von betrügerischem Bankerott als Sachverständiger herangezogen wird. Das jedoch, was der Psychopathologe in kriminellen Angelegenheiten zu eruiren hat, betrifft die Stellung des Subjekts, die Kernfrage des gerichtlichen Verfahrens, die Schuldfrage, mag auch die letzte Entscheidung dem Richter überlassen bleiben.

Seitdem die Psychiatrie im Laufe des XIX. Jahrhunderts überhaupt zur Entwicklung gekommen ist, haben es die Irrenärzte als eine ihrer Hauptaufgaben angesehen, ihre Kranken nicht nur von den Ketten und Kerkermauern der alten Anstalt zu befreien, sondern sie auch vor den Maassregeln des Strafrichters und dem Makel der Schuld zu bewahren. Noch vor 70 Jahren hatten die Aerzte ihre Competenz auf diesem Gebiet vielfach zu vertheidigen. Alle Verbesserungen nun, die in der Behandlung wie auch in der gerichtlichen Beurtheilung des Irrsinns erzielt wurden, sind der Initiative der Irrenärzte zu verdanken. In leider recht zahlreichen Fällen beschränken sich die Dienste, die der Irrenarzt seinen Kranken überhaupt zu erweisen vermag, ja grade auf die forensische Unterstützung, während von einer Heilung oder Besserung der Krankheit selbst nicht die Rede sein kann.

Die Behandlung der verwickelten Fragen, die dem Irrenarzt von juristischer Seite gestellt werden, erfordert eine gewisse Schulung, weshalb die üblichen Vorlesungen und Curse über gerichtliche Psychiatrie dringend erforderlich sind. Dass die Zurechnungsfähigkeit oder freie Willensentschliessung einer medizinischen Methode nicht zugänglich ist, kann kein Grund sein, ein ärztliches Urtheil darüber abzulehnen. Auch die ärztliche Prognose einer Geisteskrankheit ist nicht durch Methoden festzustellen, sondern sie stellt eine Sache klinischer Erfahrung dar.

Dass die Vorurtheile gegenüber der Psychiatrie von einer Verquickung der ärztlichen Wissenschaft mit juristischen Begriffen herrühre, ist unzutreffend. Diese Vorurtheile beruhen vielmehr einmal auf der Furcht und dem Widerwillen vor dem Irrsinn selbst, was sich dann auf den Irrenarzt überträgt, ferner auf der Furcht vor vermeintlichen Uebergriffen der Irrenbehandlung in Gestalt von Freiheitsberaubung und Misshandlung, und schliesslich auch auf manchen Uebertreibungen mit der Exkulpirung in der Weise, wie ich oben solche angedeutet habe, oder durch ungerechtfertigte Versuche, Begriffe der Kriminalpsychologie, etwa des Delinquente nato, verfrüht auf die lex lata anzuwenden.

Gegen diese Vorurtheile lässt sich nun keineswegs dadurch ankämpfen, dass die Irrenärzte die Hände in den Schoss legen und sich vor jeder Berührung mit juristischen Fragen zurückziehen. Die Juristen selbst würden ja wohl bald genug ihr Veto einlegen. Die ursprünglich von Mendel*) vertretene Ansicht, wonach der Irrenarzt sich nur über die erste Hälfte des § 51 im deutschen Str. G. B. auszusprechen habe und jede Aeusserung über „Willensfreiheit" ablehnen müsse, verliert übrigens doch immermehr Anhänger zu Gunsten der Anschauung von Jolly, dass der Arzt als Berather des Richters zum Sachverständigen berufen wird und dadurch moralisch verpflichtet ist, mit allen Mitteln zur Urtheilsbildung mitzuwirken, mithin auch die Frage nach der freien Willensbestimmung zu beantworten. Hatte die resignirte Mendel'sche Auffassung des § 51 noch eine, wenn auch wenig kräftige Stütze in den Motiven des §, die eine Zweitheilung der Bestimmung desselben in freilich recht unklarer Weise betonten, so kann auf zivilrechtlichem Gebiet von einer Beschränkung des Gutachtens auf eine klinische Aussage keine Rede sein. Dass eine rein klinische Auffassung der Begriffe „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" im § 6 des B. G. B. völlig fehl ginge, ist so gut wie allgemein zugestanden.

*) Der ärztliche Sachverständige und der Ausschluss der freien Willensbestimmung des § 51 St. G. B. Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Medizin, 44, S. 116.

Ein Verzicht auf forensisch-psychiatrische Bethätigung, wie er durch Salgos Aufsatz empfohlen wird, ist nicht nur direct abzuweisen, sondern im Gegentheil sollten die Psychiater ihre Anschauung noch weit eindringlicher zur Geltung bringen, als es bisher geschah. Volle Beistimmung verdient Aschaffenburgs*) Ausspruch: „Auf diesem Gebiet müssen die Irrenärzte die Führung zu erlangen suchen und in grossen Zügen die Grundlage feststellen, auf denen der Strafrechtslehrer seine Gesetze aufbauen kann." Mag man eine derartige Stellungnahme immerhin „ein Auflehnen gegen das Gesetz" nennen. Jedes Gesetz ist eine zeitliche Einrichtung und bedarf der Weiterentwicklung, die am besten von denen, die es angeht und die Sachkenner sind, angeregt wird. Die es angeht, sind in unserem Fall zunächst die Kranken, ihre Sachwalter und Sachverständige sollten die Irrenärzte sein. Freilich ist immer streng zu unterscheiden, wie sich 1. der Psychiater als Gutachter in dem einzelnen Fall verhalten soll, wo er sich streng an die bestehenden Gesetzesformeln zu binden hat und höchstens, wie in dem angeführten Beispiel der Begutachtung einer Hysterischen, auf die Punkte hinweisen darf, die nach dem bestehenden Recht eine glatte Erledigung erschweren, und dann 2., wie sich im übrigen der Psychiater de lege ferenda zu stellen hat.

Von einem „Schutz des Publicums vor den Psychiatern" kann man wohl reden in dem Sinne, wie ich es in der Einleitung angedeutet habe. Es sind Warnungen in verwandtem Sinne von irrenärztlicher Seite schon öfter erhoben worden. Manchmal freilich sind Erörterungen über Verantwortlichkeit, Kunstfehler, Berufsgeheimniss auch schon mit solcher Schärfe vorgetragen worden, dass man eher einen Staatsanwalt, als einen Irrenarzt zu hören glaubte.

In der Stellung gegenüber forensischen Fragen haben wir jedoch im Interesse unserer Kranken selbst keinen Schritt zurückzuweichen. Die angedeutete Fortentwicklung der gerichtlichen Psychiatrie berührt die heutige Praxis noch nicht direct. Dass dabei Uebertreibungen zu vermeiden sind, wie sie etwa das oft kritik- und methodenlose Vorgehen Lombrosos zeitigte, ist selbstverständlich. In welchem Sinne die Fortentwicklung am gedeihlichsten geschehen kann, darüber brauche ich nur auf den Vortrag von Dir. Frank-Münsterlingen**) zu verweisen. Vor allem die Ausbildung der Aerzte und Juristen ist es, bei der zuerst der Hebel angesetzt werden muss. „Es sollten hierzu," sagt Frank u. a., „die Anstaltsdirectoren, besonders natürlich die Universitätsprofessoren besondere practische Curse ertheilen, wie das durch Professor Kräpelin in Heidelberg und von Speyr in Bern schon geschieht."

Bemerken möchte ich hier, dass in mehreren Zeitschriften bei der Besprechung dieses Vortrags der Referent hinter die beiden Universitätsnamen in Parenthese eingefügt hat: „und an den meisten deutschen Kliniken!" Diese Referentenbemerkung ist durchaus unzutreffend. Was bisher an den meisten deutschen Kliniken in forensischer Hinsicht geboten wird, sind einmal rein theoretische Vorlesungen über gerichtliche Psychiatrie, allenfalls auch Vorlesungen über criminelle Anthropologie und Psychologie, und dann Curse, in denen wohl forensische Fälle vorgestellt und vom Docenten besprochen werden, womit aber keineswegs das erreicht ist, was Frank im Auge hat. Es sind vielmehr in dem Vortrag Curse gemeint, an denen Studenten der Medicin und solche der Jurisprudenz aktiv theilnehmen; vor jeder Stunde haben sich ein Jurist und ein Mediciner die Acten oder ein Actenexzerpt, sowie den Rubrikaten anzusehen; im Curs trägt dann der Jurist den Thatbestand vor und formuliert die an den Sachverständigen zu stellenden Fragen, der Mediciner versucht sich darauf in einer psychiatrischen Beurtheilung des Falls und Formulirung des Gutachtens. Darauf greift der Docent ein, der Rubrikat wird eingehend demonstrirt und die Corona betheiligt sich durch Fragen, ev. Einwände u. s. w. an der Klarlegung des Falls. Diese ausgezeichnete didaktische Methode ist keineswegs an vielen Kliniken im Gebrauch. Noch wirksamer könnte der Unterricht sein, wenn auch ein kriminalistischer Docent sich an den Cursen betheiligen würde, wie es meines Wissens in Prag versucht worden ist.

Freilich ist die Psychiatrie noch eine wenig fortgeschrittene Disciplin. Durch Resignation wird sie aber nicht besser; viel eher kann das Interesse für die psychiatrische Forschung geweckt werden durch den Hinweis auf die eminenten Aufgaben, die eine entwickeltere Stufe unseres Fachs zu lösen oder doch wenigstens zu bearbeiten im Stande wäre. Vorläufig sind es nur wolkenferne Zukunftsbilder, die Möbius*) in einem anregungsreichen Aufsatz entwirft: „Will aber der Psychiater diese Aufgabe recht erfüllen, so darf kein Gebiet geistigen Lebens ihm fremd sein, er muss überall zu Haus sein, um die Bedingungen geistiger Gesundheit zu kennen, wie der Hygieniker

*) Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Berlin 1901. S. 4.

**) Strafrechtspflege und Psychiatrie, Psychiatrische Wochenschrift III, 1901. No. 37, S. 359.

*) Psychiatrie und Litteraturgeschichte, in Stachyologie, Leipzig 1901, S. 54 u. in dieser Wochenschr. I, S. 18.

die verschiedenen Gewerbe, Fabrikbetriebe u. s. w. kennen muss als die Bedingungen körperlicher Gesundheit. Fasst man die Psychiatrie so auf, so wird sie aus einer Magd zu einer Herrscherin. Dann aber wird sie das, was sie ihrer Natur nach sein soll. Der Psychiater wird ein Richter in allen menschlichen Dingen, ein Lehrer des Juristen und des Theologen, ein Führer des Historikers und des Schriftstellers".

Es ist wohl noch nicht vergessen, wie vor 2 Jahren auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Halle, anlässlich der Debatte zu Wollenbergs Referat, die Psychiater mehrfach den Zeitpunkt für wenig opportun bezeichneten, mit neuen Vorschlägen an die Juristen heranzutreten, bis ein anwesender Criminalist, Liepmann, darauf aufmerksam machte, dass man auf juristischer Seite vielfach darauf warte, ob nicht die Psychiater die Initiative ergreifen würden; die damals in Aussicht genommene Enquête betreffs eines der actuellsten Probleme, wie die Häufigkeit der Fälle, in denen die verminderte Zurechnungsfähigkeit psychiatrisch angebracht erscheint, ist freilich rasch in Vergessenheit gesunken. Es bleibt jedem, dem die Fortentwicklung des Fachs am Herzen liegt, nichts anderes übrig, als immer von neuem seiner Ueberzeugung von der Berechtigung und Dringlichkeit der nächsten Aufgaben Ausdruck zu geben. Gerade solchen resignirten Aeusserungen gegenüber, wie sie Salgo laut werden liess, erscheint die dringende Mahnung an die Fachgenossen angebracht: tua res agitur!*)

*) Während der Drucklegung dieses Aufsatzes erschien am 7. 10. die allgemeine Verfügung des preussischen Justizministeriums, wonach als Sachverständige bei Entmündigungssachen regelmässig der Gerichtsarzt, erforderlichen Falls sein Assistent zugezogen werden sollen, andre Personen nur dann, wenn besondere Umstände es erfordern, gegenüber der Verfügung vom 28. 11. 1899, die als Sachverständige in erster Linie solche Personen bestimmt, die auf dem Gebiet der Irrenheilkunde besondere Erfahrung besitzen. Auch jener Neuerung gegenüber, die sowohl für die Kranken, wie auch für die Psychiater ihre bedenklichen Seiten hat, gelten die Ausführungen Dir. Pfauslers, sowie meines obigen Aufsatzes. Es wäre dringend angebracht, wenn die verschiedenen psychiatrischen Versammlungen, die demnächst in Dresden, Stuttgart u. s. w. tagen, sofort in Resolutionen gegen die Verfügung vom 7. 10. Stellung nehmen würden.

Mittheilungen.

— Programm der am 26.—27. Oktober in Budapest stattfindenden II. Landesconferenz der Irrenärzte Ungarns.

25. Oktober.

Begrüssungsabend (Hotel „István Jöherczeg" V. Akadémia u.)

26. Oktober.

Vormittag. 1. Constituirung. 2. Sekretärsbericht. 3. Referate: a) „Die Grundprincipien des Irrengesetzes", Ref. v. Schwartzer. b) „Die neueren Grundsätze der Irrenbehandlung", Ref. Lechner und von Oláh.

Nachmittag. Referate: „Die Unterbringung verbrecherischer Geisteskranker.", Ref. Moravsik. b) „Der Rechtschutz der Geisteskranken", Ref. Konrad und Márkus, c) „Alkoholismus". Ref. Stein und von Reusz.

27. Oktober.

Vormittag. 1. Referat: „Die sexuellen Perversitäten vom psychiatrischen und strafrechtlichen Gesichtspunkte", Ref. Salgó und Baumgarten.

2. Vorträge: Schaffer: „Weitere Beiträge zur Rindentopographie der Paralyse." v. Sarbó: „Die Bedeutung des Achillessehnenreflexes bei der progr. Paralyse." Donath: „Durch Spiritismus hervorgerufene Fälle von Hysteroepilepsie." Bálint: „Die diätetische Behandlung der Epilepsie".

Nachmittag. 1. Vorträge: Kende: „Ueber die Fürsorge der Schwachsinnigen und Idioten in den Staaten Europas". Hajós: „Ueber die wissenschaftliche Erkennung des normalen psychischen Lebens". Décsi: „Ueber die Pflegerfrage". Hollós: „Beiträge zur Paralyse in Ungarn". Frey: „Histologische Präparate eines Falles von Idiotismus". 2. Eventuelle Anträge. 3. Sekretärs-Bericht. 4. Schlussrede.

28. Oktober.

1. Besichtigung des elektromagnetischen Instituts (Városliget Jasor 13.) 2. Ausflug nach Pomáz behufs Besichtigung der Dr. Martin'schen Heilanstalt.

Die Sitzungen finden im Lokale des Kgl. Aerztevereins. (Bentkirályintoxa 21) statt.

— VII. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebiets zu Karlsbad. 1. Sitzung am 24. September 1902. Professor Kassowitz (Wien) spricht über „Nahrung und Gift". Von der Ansicht ausgehend, dass die Nahrung als Heizmaterial für die Lebewesen diene, und unter Zugrundelegung des Princips der Kraftumwandlung wurde schon von R. Meyer rein theoretisch deduziert, dass der Alkohol, da er im tierischen oder menschlichen Körper verbrenne, auch die Funktionen einer Nahrung ausüben müsse. Diese Deduktion steht oder fällt aber mit der Voraussetzung, dass die Nahrungsmittel im Körper einfach verbrennen. Hierfür ist jedoch der Beweis nirgends gebracht worden. Dagegen wissen wir sicher, dass die Nahrung wenigstens zum Theil als Baumaterial für den Körper dient, während uns keine einzige Thatsache zu der

Annahme nötigt, dass irgend ein Nahrungsstoff im Körper verbrennt, ohne sich vorher an seinem Aufbau, d. h. in erster Linie am Aufbau der Protoplasmas betheiligt zu haben. Es ist nun die Frage zu beantworten, ob neben dem metabolischen Stoffwechsel, der dadurch characterisirt ist, dass die Nahrung zunächst das lebende, assimilirende Protoplasma aufbaut, und dass die Stoffwechselprodukte erst durch Zerfall dieser Protoplasmas entstehen, und der für einen gewissen Teil der Nahrung ganz sicher vorhanden ist; ob neben dem bewiesenen metabolischen auch der katabolische Stoffwechsel möglich ist, d. h. der unmittelbare Zerfall, die direkte Verbrennung der Nahrungsstoffe. Die Untersuchungen über den Alhohol beweisen, dass ein solcher katabolischer Stoffwechsel nicht stattfindet. Dass der Alkohol ein narkotisches Gift ist und jedes lebende Protoplasma zerstören kann, ist eine bekannte Thatsache. In der Anschauung, die seit R. Meyer rein dogmatisch geglaubt wird, dass der Alkohol, der ein Gift ist, zugleich ein Nahrungsstoff, ein Stärkungsmittel sei, sehen wir ein Paradoxon, das von einem anderen Gifte zu behaupten keinem Menschen einfällt. Andererseits giebt es keinen wirklichen Nahrungsstoff, der zugleich das Protoplasma zerstört. Das Experiment kann die Frage entscheiden. Chauveau liess einen Hund bei bestimmter Nahrung arbeiten; das Thier leistete täglich eine bestimmte Arbeitsmenge und nahm dabei am Körpergewicht zu; die Nahrung des Hundes wurde dann so verändert, dass, während alles übrige gleich blieb, eine bestimmte Menge von Kohlenhydrate durch eine Alkoholmenge ersetzt wurde, die, unter Voraussetzung des katabolischen Stoffwechsels, den fortgelassenen Kohlenhydraten gleichwertig war. Wenn auch der Alkohol nährend wirkte, hätte sich nichts ändern dürfen. Das Versuchsthier leistete jedoch in der Alkoholperiode täglich nicht nur weniger Arbeit, was mit auf Rechnung der einschläfernden Wirkung des Alkohols zu setzen ist, sondern es magerte auch ab! während doch bei geringerer Arbeitsleistung und gleicher Nahrung eine noch grössere Zunahme des Körpergewichtes hätte stattfinden müssen. Der Versuch beweist also, dass der Alkohol als Gift nicht nährend wirken kann, sondern nur das Protoplasma schädigt. Aus dieser Erkenntniss heraus werden wir wohl in Zukunft auch darauf verzichten, schwache und kranke Menschen mit Alkohol stärken zu wollen und in Spitälern und Krankenhäusern für Alkohol grosse Summen auszugeben, die besser anders verwandt werden können, zu wirklicher Aufbesserung der Ernährung.

Die Wissenschaft kann irren; ein folgenschwerer Irrthum ist die Proklamirung des Alkohols als Nahrungs- und Stärkungsmittel gewesen. Aber die Wissenschaft selbst wird durch ihren Fortschritt ihren Irrthum und so auch den Alkoholirrthum wieder korrigiren.

In der Discussion sagt Prof. Hueppe (Prag), dass zwischen Nahrung und Gift doch kein solcher principieller Gegensatz bestände, da die wichtigsten Nahrungsmittel, in ungeeigneter Form eingeführt, schwere Gifte seien; dahin gehörten Pepton und Fettsäuren, die trotzdem jeder Mensch täglich in Mengen aufnähme. Man müsse die Entgiftungsfähigkeit des Körpers berücksichtigen, die auch dem Alkohol gegenüber vorhanden sei. Theoretisch liege die Sache so, dass der Körper mit bestimmten kleinen Mengen Alkohol wohl fertig werde, wie er mit dem Pepton fertig werde; practisch jedoch so, dass es trotz des Entgiftungsmechanismus nicht günstig sei, ihn zu viel in Anspruch zu nehmen, da die Gefahr bestände, die Grenzen nicht einzuhalten und nebenbei die Giftwirkung hervortreten zu sehen. Redner selbst habe bei sich und andern die Erfahrung bedeutend erhöhter Leistungsfähigkeit bei Abstinenz gemacht. Er weist schliesslich auf die Wichtigkeit der Körperübungen im Kampfe gegen den Alkohol hin.

Prof. Rosemann (Greifswald) übt Kritik an den Experimenten Chauveaus, betont jedoch, dass der Alkohol, wenn ihm auch theoretisch eine nährende Funktion zuertheilt werden müsste, praktisch doch kein Nahrungsmittel sei, da bei den nöthigen Mengen die Giftwirkung in den Vordergrund träte.

Dr. Siekinger (Brünn) weist auf die Erfahrungen unter den österreichischen Weinbauern hin.

Dr. Rumpf (Graz) erwähnt die Abstinenz der meisten Bergführer bei Ausübung ihres Berufes.

Dr. Lenzmann (Duisburg) betont den Unterschied zwischen Stoffen wie Pepton und Alkohol, die sich gar nicht so ohne weiteres vergleichen lassen Der Körper mache aus dem Pepton eine Substanz, die zum Aufbau diene, aus dem Alkohol aber eben nicht. Kleine Mengen Alkohol schädigen allerdings z. B. noch nicht die gröberen Leberzellen, aber in sehr merkbarer Weise doch die am feinsten organisirten Nervenzellen des Gehirns.

Prof. Kassowitz kommt auf den fundamentalen Unterschied zwischen Pepton und Alkohol zurück: Pepton wird während der Aufsaugung im Verdauungsorgan verändert, im Blute findet sich kein Pepton mehr; der Alkohol dagegen wird unverändert resorbirt und ist als Gift im Blute vorhanden. Seiner Ansicht, dass kein Stoff zugleich Nahrung und Gift sein könne, sei durch keine empirische Thatsache der Boden entzogen worden. Die Abstinenz, zumal der Aerzte, sei jetzt aber practisch das Wichtigste, was in der Alkoholfrage geschehen könne. (Schluss folgt.)

— Zum neuesten preussischen Justizministerialerlass für das Entmündigungsverfahren. Der preussische Justizministerialerlass vom 28. XI. 1899 über das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche besagte: „Die Wahl von Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl, wenn möglich, auf einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten". Kaum sind drei Jahre verflossen, und wir sehen seitens derselben Behörde diesen Erlass aufgehoben und durch einen anderen, vom 7. d. Mts. datirten, ersetzt, der gemäss dem § 404, Abs. 2 der neuen Civilprocessordnung („Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern") bestimmt, dass der Gerichtsarzt (Kreisarzt) als der für medicinische Angelegenheiten*) öffentlich bestellte Sachverständige, erforderlichenfalls dessen Assistent, zu Entmündigungssachen regelmässig zu wählen ist. — Sofern dieser Wandlung der Dinge etwa die Ansicht zu Grunde liegen sollte, dass die Kreisärzte — diese Institution als Ganzes genommen — zufolge ihrer Vorbildung und Erfahrung im Stande sind, die Irren-

*) doch nicht für alle möglichen!

ärzte von Fach, also die Specialärzte, bei der Begutachtung krankhafter Geisteszustände zu ersetzen, so waltet ein folgenschwerer Irrthum ob. Die bei den Kreisärzten vorhandene Kenntniss der gerichtlichen Psychiatrie beruht auf deren Studium in der psychiatrischen Klinik einer Universität oder im günstigeren Falle auf einem $^1/_4$—$^1/_2$jährigen informatorischen Cursus in einer Irrenanstalt; später, im Amt, haben sie nur immer vereinzelt mit psychiatrischen Fällen zu thun. Sie haben daher gar nicht einmal Gelegenheit, sich den Grad der practischen Erfahrung und wissenschaftlichen Vertiefung in Bezug auf psychiatrische Dinge zu erwerben, wie die Anstaltsärzte und überhaupt die Specialärzte, welche mitten in dieser Wissenschaft darin stehen, die was sie ist und was sie wird, eben den Irrenärzten verdankt, aber nicht im Geringsten den Kreisärzten. Oder hat an den Hand- und Lehrbüchern der gerichtlichen Psychiatrie von Hoche, Cramer, Delbrück, v. Krafft-Ebing etc., überhaupt an den vielen Lehrbüchern der Psychiatrie ein Kreisarzt mitgearbeitet? Wenn in der deutschen Irren- und Nervenheilkunde so intensiv gearbeitet wird, dass die sieben bis acht Fachzeitschriften den Stoff kaum bewältigen, haben die Kreisärzte etwa daran einen Antheil? Sind sie überhaupt in der Lage, sich gegenüber so intensiver Forschung mit ihren Kenntnissen auf der Höhe der Zeit zu halten? Es ist wahrlich etwas Anderes, bacteriologische oder Brunnenwasseruntersuchungen zu machen und den Geisteszustand eines kranken „Ichs" zu analysiren.

Da nun aus obigen und sonstigen Gründen der neue Erlass, dessen Zweck, wie ein Berliner Blatt meint, kaum ein anderer sei, als das vielfach sehr magere Einkommen der Kreisärzte aufzubessern, nicht als Fortschritt, sondern als Rückschritt auf dem Gebiete des Irrenrechts bezeichnet werden muss, so sei bei dieser Gelegenheit aus der Praxis heraus ein besserer Reformvorschlag gemacht, dessen Inhalt zu dem früheren Erlass (vom 28. XI. 1899) hinzuzufügen wäre und mit welchem dem **Publikum** und auch den Richtern gedient sein wird: 1. Bei denjenigen Amtsgerichten, an deren Sitz oder in deren Bereich sich zugleich eine grössere Irren-Epileptiker- oder Idioten-Anstalt befindet, bei denen also die Entmündigung eines der gewöhnlichsten Geschäfte bildet, ist ein Richter anzustellen, der durch einen $^1/_2$ bis 1jährigen Cursus an einer grossen Anstalt sich einen tieferen Einblick in die Wissenschaft von den Geistesstörungen und ihren concreten Erscheinungen verschafft hat. 2. Bei Entmündigung von nichtinternirten Personen ist wenn irgend thunlich ein Facharzt als Sachverständiger zuzuziehen. Bresler.

— **Der neue preussische Justizministerial-Erlass in der Tagespresse.** — Vossische Zeitung (Berlin), 15. X. 1902. Uns wird geschrieben: Die Aenderung, welche der Justizminister in dem Verfahren bei Entmündigung wegen Geisteskrankheit getroffen hat — es ist darüber in der Montagsausgabe berichtet worden —, verdient beachtet zu werden. Worin besteht die Aenderung? In § 14 der Allgemeinen Verfügung vom 28. November 1899 wird den Amtsgerichten für die Wahl des Sachverständigen in Entmündigungssachen das folgende Vorgehen empfohlen: „Die Wahl des Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl, wenn möglich, auf einen Kreisphysikus oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten." Fortan aber soll als Sachverständiger in Entmündigungssachen der Gerichtsarzt, d. i. der Kreisarzt oder sein Assistent, zugezogen werden. Mit anderen Worten: die Gutachterthätigkeit in Entmündigungssachen wird das Monopol der Kreisärzte. Alle anderen Aerzte — und wären es auch die erfahrensten und geschätztesten Irrenärzte — sind, von sicher ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, von der Mitwirkung bei Entmündigungen ausgeschlossen. Die bisherige Bestimmung war ohne Zweifel die zweckmässigste. Sie zielte darauf ab, als Sachverständige in Entmündigungssachen gerade diejenigen Aerzte zu gewinnen, die nach ihrer Ausbildung und ihrem Können am ehesten befähigt sind, dem Gerichte diejenige Hilfe zu leisten, die eine sachgemässe Durchführung der Bestimmungen über die Entmündigung am ehesten verbürgt. Und das liegt im Interesse der Rechtspflege und ist zugleich ein Mittel, etwa auftauchende Beschuldigungen, ein Geisteskranker sei zu Unrecht entmündigt worden, von vornherein zu entkräften. Kann von den Kreisärzten durchgängig angenommen werden, dass sie in der Beurtheilung Geisteskranker in der Regel die Erfahrung eines geschulten Irrenarztes haben, eines Arztes, „der auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzt", wie es in der Justizministerial-Verfügung von 1899 heisst? Durchaus nicht. Wohl sind unter ihnen eine Reihe von Aerzten, die als Assistenten an Irrenanstalten thätig waren. Die meisten von ihnen aber haben nur ganz dieselbe Ausbildung in der Irrenheilkunde genossen wie die nicht kreisärztlich geprüften Aerzte. Ihre klinische Erfahrung beschränkt sich auf das, was sie als Praktikant der psychiatrischen Klinik sich zu eigen gemacht haben. Der Zweck der neuen Bestimmung des Kultusministers ist kaum ein anderer, als das vielfach sehr magere Einkommen der Kreisärzte aufzubessern: denn trotz des Kreisarztgesetzes ist an den alten Zuständen nicht allzu viel geändert. Ob es aber gerechtfertigt ist, um dieses Sonderzweckes willen eine durchaus gute und im allgemeinen Besten liegende Anordnung abzuändern, kann nicht fraglich sein. Noch eines: Die neue Bestimmung erweitert noch die Kluft zwischen der grossen Masse der ausübenden Civilärzte und den Kreisärzten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 30. 25. Oktober. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

A propos du Congrès d'Anvers.

Par M. le Dr. *A. Marie*, Médecin en chef des asiles de la Seine à Villejuif.

La question de l'hospitalisation des aliénés, fut, et cela se comprend, une des plus discutées au congrès d'Anvers. Il y a, en effet, tant à faire encore à ce sujet dans toutes les nations civilisées pour arriver à la perfection! Et cette perfection ne consiste pas, comme on pourrait le croire, exclusivement en des améliorations intérieures d'asile. Elle réside, surtout, en des améliorations morales. Il y a diverses sortes d'aliénés: les dangereux et les malades. Eh bien! le malade a droit à des atténuations du régime, à une liberté qu'il faut lui donner pleine, entière et heureuse. Nous sommes déja arrivés en France, avec nos colonies, à fournir à nos pauvres malades plus que l'illusion de la libre existence. Nos hospitalisés vivent sans contrainte, au grand soleil des pleines campagnes, dans l'atmosphère, réconfortante et qui guérit, de la vie familiale chez les particuliers.

Mais il faut commencer par le commencement. Ce qui a fait l'objet, au congrès d'Anvers, de longues discussions c'est que l'assistance des aliénés est fondée, actuellement en beaucoup de pays sur les etablissements centralisés ou asiles fermés qui sont de plusieurs sortes: les quartiers d'hospices et asiles privés faisant fonction d'établissements publics, et les asiles publics proprement dits.

Ces derniers sont directement régis par les départements, à la différence des premiers qui hospitalisent par traité, à un prix d'adjudication à la journée, en quelque sorte, à l'entreprise. Or, c'est de la que vient tout le mal, toute la défectuosité du régime.

Pour le département de la Seine seul, le nombre total des aliénés est d'une quinzaine de mille; la moitié seulement est assistée directement par le département de la Seine.

Le reste, exactement 5,940 est adjugé aux éta-

blissements privés ou publics des autres départements voire aussi à quelques quartiers d'hospices.

Ce stock de 5,040 est en grande partie composé de chroniques qui ont d'autant moins de chances d'être élargis par sortie ou placement familial qu'ils constituent pour ces établissements qui en entreprennent l'assistance a forfait, une source de revenus de la part de la Seine en même temps que du fait du travail de ces chroniques généralement bons automates.

Heureusement que l'intervention médicale sait s'affranchir de telles considérations et reste juge en dernière analyse des maintenues. Cependant on peut reprocher a ce point de vue à tous les établissements privés faisant fonctions d'asiles publics l'insuffisante indépendance des médecins qui choisis par l'établissement lui même et appointés par lui perdent de ce fait une partie de l'autorité prépondérante qui doit légitimement leur revenir.

A première vue ces établissements privés se chargeant des premières mises d'installations et prenant a forfait des malades à la journée semblent constituer des institutions avantageuses et économiques.

Néanmoins à les examiner de près ils reviennent souvent a une spéculation qui consiste essentiellement à dépenser pour le malade une somme quotidienne inférieure à celle qui est allouée par l'état, tous frais généraux compris et amortissement des premières mises.

On peut donc dire qu'à prix égal ces établissements sont fatalement inférieurs aux établissements gérés par l'état et dont les bonis peuvent être appliqués à des améliorations générales exclusivement.

Si l'on compare dans ces établissements la part budgétaire des frais médicaux et administratifs, d'entretiens et améliorations de locaux et mobiliers, de pécule aux travailleurs et excédents divers utilisés, on remarque qu'elle est bien moindre que dans les établissements publics analogues gérés par les départements.

La prépondérance de l'élément médical en nombre comme en autorité réelle y est également très différente.

L'avenir de l'assistance d'aliénés me semble donc résider dans la réforme des établissements à l'entreprise. Cette réforme a pour pivot la prépondérance de l'autorité médicale et l'augmentation du personnel compétent correspondant. Ses moyens seront la mise en régie toutes les fois que cela sera possible des établissements faisant fonctions d'asiles publics sous l'autorité directe des pouvoirs publics s'inspirant uniquement de vues médicales et du bien des malades.

Le désencombrement des établissements divers existants tant en regie qu'à l'entreprise devra être opéré à l'aide de l'assistance familiale comme régime corrollaire employé sur la désignation des malades par les médecins seuls.

Lorsque j'ai créé dans le Cher la première colonie familiale française, j'ai choisi dans tous nos services de Paris les malades qui me paraissaient les plus calmes, hommes et femmes; je les ai emmenés et installés chez l'habitant, suivant mon principe. Je me hâte de dire, en passant, que les résultats ont été excellents et que, sur plusieurs centaines de ces aliénés, bien peu ont trompé les espérances que j'avait mises en eux. A peine avons-nous su compter quelques suicides d'hypocondriaques. Les conditions réalisées là ont d'ailleurs pu être appréciées par nos confrères allemands qui nous ont fait le grand honneur de les visiter; en particulier Messieurs les Drs. Paetz et Alt.

Je résolus donc de demander au département de la Seine de désencombrer les asiles privés qu'il fournit de malades et de n'en confier un certain nombre pour nos colonies. On m'y autorisa, je partis donc pour la Bretagne.

J'arrivai dans le Finistère, dans un hospice dirigé par des religieux et dont le médecin, ancien major de la marine, assumait tout le service médical, ce qui est notoirement insuffisant vu le contingent des malades de l'asile.

J'exposai le but de ma visite, qui consistait à reprendre, pour les emmener dans une colonie, tous les hospitalisés de la Seine qu'on voudrait bien me signaler comme absolument inoffensifs.

L'administration fit la grimace, puis, comme j'insistais, le docteur vint à la recousse et me déclara que presque tous ses pensionnaires étaient dangereux.

Je voulus les voir et je fis bien, car j'en emmenai le quart c'est a dire deux cents qui, aujourd'hui, sont libres quoique sous la tutelle administrative. Ils ne sont plus astreints aux besognes qui, sans être obligatoires, sont peut-être forcées, ce qui est moins un paradoxe que ça n'en a l'air.

On comprend que l'administration de l'hospice dont je parle (ils sont légion dans ce cas-là) ne voyait pas sans déplaisir partir de chez elle deux cents pensionnaires pour qui Paris paie un fr. 25 c. par jour, dont les soins ne necessitent que l'entretien d'un médecin local à faibles honoraires, et dont le travail rapporte encore quelques menus avantages. Eh bien! c'est ce qu'il ne faut pas laisser subsister. Le malade ne doit pas être un chair exploitable. Il faut lui soigner le moral tout autant que le physique et lui donner le bien-être à défaut de la raison recourrée. Et n'est-ce pas, la plupart du temps, le bien-être qui guérit?

En France, nous avons la dualité du système et j'espère arriver, avec l'assentiment des savants qui étudient la question, à faire reduire l'hospitalisation dans les asiles du genre de ceux dont je parle. Mais, en Belgique, la situation est plus grave. Je m'en suis expliqué au Congrès, et ce n'est pas sans quelque diplomatie, car j'arrivais pour critiquer les aimables confrères qui nous avaient invités. J'ai du prendre, courtoisement d'ailleurs, mais nettement, à partie ceux, qui monopolisent chez nos voisins, dans leurs établissements religieux presque tous les aliénés. Vous comprenez bien que l'État belge envoyant ses pensionnaires aux religieux, ceux-ci ont tout intérêt à les garder. Ils constituent un rapport, une affaire, une maison de commerce. Et, à coté de cela, l'État belge est désarmé, car, à la moindre objurgation, les religieux peuvent lui dire: »Vous voulez vos malades? Reprenez-les!« C'est bientôt dit! Mais, ou les mettre, puisque nos voisins n'ont pas pour ainsi dire d'asiles publics?

Et c'est pour cela qu'il fallait agiter cette grave question au Congrès. Je dois dire que si la Belgique en grande partie du moins, nous a combattu, les autres Congressistes se sont rendus aux arguments que mon excellent collegue le Dr. Alt et moi avons developpés, notamment les Hollandais, qui, après avoir visité aussi nos colonies d'aliénés, il y a quelques années, en ont installé de semblables, je dirai même plus, de supérieures.

Voici le texte du voeu adopté, à ce sujet:

Le congrès émet le voeu que tous les établissements fermés publics ou privés soient pourvus de médecins en nombre suffisant (médecins chefs, et assistants résidents) et d'organisations annexes permettant l'application du régime familial sous une surveillance médicale effective, pour tous les malades actuellement internés qui pourraient en bénéficier, soit comme moyen curatif de convalescence, soit comme moyen d'assistance des chroniques tranquilles aptes à une liberté surveillée.

Comme on le voit, c'est le principe de l'assistance familiale libre que nous avons developpé. Quant à ce que nous voulons combattre, c'est la méthode d'un autre âge, qui consiste à ne pas considérer les aliénés comme des malades ordinaires méritant des améliorations materielles, mais à les considérer, un peu trop, comme une source de bénéfices.

Il ne s'agit pas de supprimer l'effort des initiatives privées pour y substituer purement et simplement l'État; le 2 doivent coexister et l'initiative privée a fourni d'admirables et respectables efforts.

Mais il faut denoncer cette fausse charité, qui à y regarder de près revient a une ingénieuse spéculation. Et ce que je dis est vrai des orphelinats, d' enfants, de vieillards, des sourds muets, des aveugles, des idiots comme des aliénés et sur toute la ligne la même distinction est à faire, c'est partout le même système. Mon rapport sur les asiles privés s'applique à toutes les catégories précitées aussi bien qu'à la question des aliénés.

Cette fausse charité concentre, entre ses mains sous le masque de la foi, d'un coté tout l'effort de la charité privée à qui on fait verser le maximum pour établir des bâtisses qui au lieu d'appartenir aux miséreux sont inscrites au nom de tel particulier ou de tel ordre, puis ce propriétaire réclame à l'état un prix de journée par chaque tête d'assisté, prix d'entretien qui rapporte à son tour des sommes dont les bénifices vont aussi à la caisse premiere qui en peut faire tous les virements possibles. Ces bonis défendables pour les pensionnats payants le sont moins pour les indigents. De la sorte on confisque à son profit moral et matériel l'effort de la charité privée ainsi que la contribution publique, enfin on exploite à volonté le travail de ces serfs d'un nouveau genre reconstitués au XX^{eme} siècle sur le dos de la société.

Pour les orphelinats religieux il a fallu en France qu'un évêque (!) Monseigneur Turinaz de Nancy jette lui même le cri d'alarme que l'abus était flagrant. Il existe dans l'ordre d'idées des asiles des établissements analogues qu'il importe de réformer ou de supprimer; on peut dire que la majorité de ces établissements reste encore à un niveau insuffisant.

Un caractère commun à tous ces établissements religieux consiste non pas tant dans l'insuffisance matérielle du régime et des installations locales que dans la non compréhension des principes généraux qui doivent dominer essentiellement l'assistance des malades aliénés.

L'autorité médicale est visiblement très secondaire dans ces établissements, et les médecins sont trop peu indépendants des communautés qu'ils deviennent ainsi incapables d'orienter dans le sens d'un régime plus scientifique et plus moderne. Les quartiers sont fréquemment en bordure d'une cour commune de 120 à 150 malades dont l'alimentation et la surveillance sont faites en bloc par un nombre aussi minime que possible de religieuses, dont l'aptitude physique est généralement insuffisante.

Enfin une pratique également abusive consiste dans l'exploitation exagérée du travail des malades sans rémunération suffisante et cela par des moyens détournés tels que: »Inscriptions au compte récompenses en nature« de certains vêtements ou de certaines

rations de remplacements; ce qui permet de faire payer ainsi à la fois aux malades et au département certaines fournitures de vêtements et d'alimentation. Ces critiques suffisent semble-t-il, à caractériser les vices du régime d'assistance dans les établissements religieux.

En Belgique, il y a trop d'asiles, système caserne, où un grand nombre d'aliénés sont rassemblés pêle-mêle dans un espace restraint. Ce sont des serres-chaudes où les folies les plus diverses fermentent et s'excitent, des milieux d'une désespérance effroyable pour qui conserve encore une lueur de conscience.

A cette situation pénible, se joint la monotonie d'une existence où tout est prévu, réglé à des heures fixes, où rien des émotions ordinaires qui entretiennent les sentiments affectifs ne vient réveiller la sensibilité émoussée de ces cerveaux malades. Le travail, cet heureux dérivativ des excités et des délirants, n'est pas, ou du moins, est insuffisamment organisé.

Le service médical est incomplet; il n'y a pas de médecins spéciaux: ce sont des médecins civils ordinaires qui se chargent en même temps du service médical de l'asile érigé dans le voisinage. Ces médecins ne demeurent pas dans l'asile même comme cela devrait être, et leur clientèle civile les empêche de se consacrer, sans arrière-pensée, à l'amélioration du sort des aliénés. Au surplus, ces médecins doivent se contenter de traiter les malades, car ils n'ont aucune autorité réelle et la direction du service général de l'asile leur échappe totalement. C'est le contre-pied de ce qui se passe dans les autres pays où le médecin seul tient la direction de l'asile.

Cette absence du médecin dans l'administration même de l'asile se révèle immédiatement dans la qualité moindre des gardes-malades et dans les soins dont on entoure les aliénés; les gardes-malades ne reçoivent aucune instruction professionnelle, et on ne semble même pas se douter des progrès réalisés à ce point de vue dans les autres pays.

Chez tous les peuples civilisés les moyens de contrainte disparaissent progressivement; en Hollande, ils sont radicalement supprimés dans plusieurs asiles; dans d'autres ils sont si rarement employés que, dans le dernier rapport triennal officiel, on désigne individuellement les cas où l'application de contraintes fut jugée nécessaire. Chose inouïe, en Belgique et d'après les dernières statistiques, l'application des moyens de contrainte augmentent progressivement. Voilà quelques points à méditer pour tous ceux qui s'intéressent au sort des aliénés.

D'où proviennent toutes ces défectuosités? Elles découlent de ce principe même de l'assistance des aliénés que n'importe qui, peut, sauf certaines formalités légales, ouvrir, gérer et exploiter un asile d'aliénés. Là est le fond de la question.

Du haut en bas de l'échelle aucune garantie de compétence spéciale n'est exigée. Les médecins peu nombreux, peu payés, non logés et non spécialisés sont obligés de s'appuyer sur la clientèle ordinaire pour vivre, et l'asile reste une garderie sacrifiée au lieu de devenir l'hôpital des aliénés.

A l'appui de ces vues et de ces critiques je me suis abrité dans mon rapport sous des témoignages nombreux dont je ne retiendrai ici que 3 que je me borne à citer en terminant sans autre commentaire.

„En Belgique, le régime est défectueux. Les maisons d'aliénés sont aux mains des particuliers. Je voudrais refondre tout cela." (M. Le Jeune, ministre d'État, au Congrès d'Amsterdam, 1901.)

„Les traitements des médecins d'asile devraient être fixés d'une façon uniforme et non pas au prorata du nombre des malades. Vous devinez le motif: Dans la situation actuelle, les médecins ont intérêt à retenir dans l'asile des malades qui sont en état d'être rendus à la liberté; or, il est toujours mauvais de placer un homme entre ses intérêts et sa conscience. . . N'y a-t-il pas lieu de craindre que dans les établissements privés, les aliénés ne soient victimes de la cupidité, de l'exploitation?" (M. le Dr. Masoin, à la Société de médecine mentale de Belgique, 21 février 1896.)

„L'avenir de l'assistance des aliénés semble donc résider dans la réforme des établissements à l'entreprise. Cette réforme a pour pivot la prépondérance de l'autorité médicale et l'augmentation du personnel compétent correspondent. Ses moyens sont la mise en régie, toutes les fois que cela sera possible, des établissements faisant fonction d'asiles publics sous l'autorité directe des pouvoirs publics s'inspirant uniquement de vues médicales et du bien des malades." (M. le Dr. Lentz, à la même Société, 25 avril 1896.)

Mittheilungen.

— **VII. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebiets zu Karlsbad.** 2. Sitzung am 25. September 1902.

Auszug aus dem Vortrag von Dr. Ad. Frick, Ottingen-Zürich. Ueber Behandlung fieberhafter Krankheiten ohne Alkohol. Die heute noch fast allgemein übliche Behandlung fieberhafter Krankheiten mit Alkohol ist von England ausgegangen. In Deutschland haben namentlich Binz und seine Schüler sie theoretisch zu begründen gesucht. Seither sind die Indicationen zwar wieder wesentlich eingeschränkt worden, in der Praxis ist die Alkoholbehandlung aber noch sehr verbreitet. Die dem Alkohol zugeschriebenen Eigenschaften halten jedoch einer sorgfältigen Kritik nicht Stand, wie für die Eigenschaften als inneres Antisepticum, Antipyreticum, Excitans im Einzelnen ausgeführt wird, und namentlich ist der Alkohol endgültig aus der Reihe der Nahrungsmittel gestrichen, als welches er beim Fieber besonders empfohlen worden ist. Die allgemeine Beliebtheit des Alkohols ist vielmehr auf seine Eigenschaft als Narcoticum zurückzuführen. Dagegen hat der Alkohol eine Reihe von Eigenschaften, die schwere Contraindicationen gegen seine Verwendung am Krankenbette überhaupt und ganz besonders bei der Behandlung fieberhafter Krankheiten bilden. Laitinen und Andere haben experimentell nachgewiesen, dass der Alkohol die Widerstandsfähigkeit des thierischen Körpers gegen Infectionsstoffe herabsetzt. Mit diesen Experimenten stimmt die allbekannte Thatsache überein, dass Säufer gegenüber allen Infectionskrankheiten eine viel geringere Widerstandsfähigkeit besitzen als Nichttrinker. Auch die klinische Beobachtung zeigt, dass die Resultate der Behandlung fieberhafter Krankheiten besser sind, wenn die Kranken keinen Alkohol erhalten. Man darf dabei nicht nur keinen Alkohol verordnen, sondern auch allen Alkoholgenuss während der Krankheit strenge verbieten. Dem steht das allgemeine Vorurtheil entgegen, dass es gefährlich sei, Trinkern den Alkohol plötzlich zu entziehen. Diese Meinung ist aber durchaus unrichtig. Forel und andere haben nachgewiesen, dass es nicht nur ganz ungefährlich ist, Trinkern den Alkohol plötzlich zu entziehen, sondern dass auch Delirium tremens schneller heilt und seltener zum Tode führt, wenn dem Pat. sofort der Alkohol gänzlich entzogen wird. Der Vortragende hat selbst seine fiebernden Patienten seit mehr als 10 J. ohne Alkohol behandelt, und auch Trinkern dabei den Alkohol sofort vollständig entzogen, mit dem besten Erfolg. Als Hauptvortheile der Behandlung Fiebernder ohne Alkohol beobachtet man: Viel weniger Delirien, viel weniger Schwierigkeiten mit der Ernährung und wesentlich abgekürzte Reconvalescenz. Collapse kommen dabei viel seltener vor und die Mortalitätsverhältnisse sind günstiger als wenn die Kranken Alkohol bekommen. Besonders schädlich wirkt der Alkohol bei solchen fieberhaften Krankheiten, die das Herz schädigen, wie Diphtherie, oder die Anforderungen an das Herz steigern, wie die Lungenentzündung, da der Alkohol bekanntermassen selbst schädlich auf das Herz wirkt. Auch bei Blutvergiftung und Puerperalfieber ist ein Nutzen des Alkohols nicht nachgewiesen, und die Erfahrung zeigt, dass diese Krankheiten ohne Alkohol besser verlaufen. Ebenso verhält es sich mit den anderen fieberhaften Krankheiten. Beim Scharlach liegt ein besonderer Grund zur Verwerfung des Alkohols darin, dass der Alkohol notorisch die Nieren schädigt und für sich allein schon Nierenentzündung hervorzurufen vermag. Da nun die Hauptgefahr des Scharlachs in der Schädigung der Niere liegt, muss dabei der Alkohol streng vermieden werden. Der gleiche Grund gilt mehr oder weniger für alle Infectionskrankheiten, da fast alle Infectionsgifte die Nieren schädigen und gelegentlich Nierenentzündung hervorrufen. Besonders ausführlich werden die Resultate der Behandlung der Lungenentzündung besprochen. Dieselbe verläuft ohne Alkohol viel besser und führt dabei auch bei Trinkern viel seltener zum Tode, als wenn Alkohol gegeben wird.

Von den an Lungenentzündung leidenden Kranken starben

im Kantonsspital Zürich bei Behandlung mit Alkohol . . . . 19,5 %
in der Behandlung von Dr. Frick ohne Alkohol . . . . 9,8 %.

Die Lungenentzündung wird mit zunehmendem Alter des Patienten immer gefährlicher.

Im Alter unter 50 Jahren starben in Zürich (mit Alkohol) . . . . 13,6 %, bei Dr. Frick (ohne Alkohol) 0.

Im Alter über 50 Jahre starben in Zürich (mit Alkohol) . . . . 45,4 % bei Dr. Frick (ohne Alkohol) . 26,1 %.

Dabei war das Durchschnittsalter der letzteren Patienten bei Dr. Frick ein höheres als in Zürich.

(Eigenbericht.)

In der Discussion erwähnt Dr. Haenel (Dresden), dass das Vorkommen der Abstinenzdelirien doch nicht ganz geleugnet werden könne. Bonnhöffer (Breslau) habe häufiger nach plötzlicher Entziehung des Alkohols leichte Delirien auftreten sehen. Auch die Möglichkeit, dass der Alkohol trotz seiner lähmenden Wirkung vorübergehend excitirend wirken könne, könne nicht von vorn herein bestritten werden. Man denke an die ähnlichen Verhältnisse beim Morphium.

Prof. Aschaffenburg (Halle a. S.) hat auch Delirien beobachtet, die er als zweifellose Abstinenzdelirien auffassen musste; er betont jedoch ihren leichten, harmlosen Character.

Dr. Frick hält die Frage, ob Abstinenzdelirien vorkommen oder nicht, für weniger wichtig als die nach dem Endresultat. Wenn, wie es thatsächlich der Fall ist, die alkoholfreie Behandlung der In-

fectionskrankheiten, auch bei Potatoren, eine bessere Mortalitätsstatistik ergiebt als die Behandlung mit Alkohol, so ist diese Thatsache allein für unser therapeutisches Handeln bestimmend und muss uns zwingen, den Alkohol bei der Behandlung der Infectionskrankheiten aufzugeben. G. K.

— **74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad,** 21—26. September 1902.

19. Abtheilung: Neurologie und Psychiatrie.
1. Sitzung, 22. September. Vorsitzender: v. Wagner (Wien).

1. Eulenburg (Berlin): Ueber einige neuere elektrotherapeutische Methoden; knüpft an den Entwicklungsgang der wissenschaftlichen Elektricitätslehre, namentlich die Arrheniussche Ioventheorie und die Hertz'sche Wellenlehre, und die darauf beruhenden Errungenschaften der modernen Elektrotechnik an, wodurch auch die medicinische Elektrotechnik und ihre Anwendungsformen zu Heilzwecken mächtige Anregung und Förderung erhielten. E. bespricht kurz das Princip und die Anwendung der Tesla'schen und d'Arsonval'schen Apparate bei Nervenkrankheiten und geht dann noch auf einige neuere Verfahren näher ein, mit denen er gleichfalls eigene Versuche bei Nervenkranken angestellt hat, nämlich: 1. die sog. monodischen Voltströme von Jodko-Narkiewicz, die in allgemeiner Form („Voltbad") und in localer Form (Massage, oder punktförmige Reizung) zur Anwendung kommen; 2. die sog. elektromagnetische Therapie, System Konrad, die bisher nur an eigenen Instituten in Berlin, Wien, Budapest, Hamburg u. s. w. geübt wird, (hervorragende sedative, antineuralgische und schlafmachende Wirkung) und endlich 3. das elektrische Vierzellenbad von Schnée in Karlsbad (von Noorden bei Complicationen des Diabetes, von Lossen bei mannigfachen Nachzuständen chirurgischer Verletzungen u. s. w. empfohlen; E. selbst erhielt bei 17 Fällen chronischer Nervenerkrankungen meist befriedigende, wenn auch nur palliative Resultate). Im Allgemeinen ist, wie E. meint, ein forsches und lebenskräftiges Aufblühen der Elektrotherapie gerade während des letzten Decenniums — anderweitigen trüben Vorhersagungen über diesen Zweig der physikalischen Therapie gegenüber — nicht zu verkennen.

2. Anton (Graz): Wahre Hypertrophie des Gehirns mit Befunden an Thymusdrüse und Nebennieren.

Das untersuchte Gehirn stammte von einem im Status epilepticus gestorbenen 20jährigen, hereditär schwer belasteten Individuum von normaler Intelligenz und auch im übrigen normalen Hirnfunktionen. Es wog 2055 g, war dabei in jeder Hinsicht wohl proportionirt gebildet. Das Schädeldach war auf fast Papierdünne reducirt. — Die Thymus war in auffallender Grösse vorhanden, die Nebennieren cystisch degenerirt, ihre Marksubstanz völlig geschwunden. — Ein Zusammenhang zwischen Nebennieren und Thymus einerseits und Gehirnentwicklung andrerseits ist schon wiederholt beobachtet worden, sodass darin wohl eine gewisse Gesetzmässigkeit erkannt werden kann.

Diskussion: Herr Obersteiner erinnert an ein von ihm beschriebenes Gehirn von 1920 g Gewicht, bei dem ebenfalls die Intelligenz keine Defecte hat erkennen lassen.

Herr Stekel glaubt, dass auch in der Migränepathologie ein solcher Zusammenhang zwischen Nebennieren- und Gehirnfunktion in Betracht komme.

3. Pilcz (Wien): Ueber Ergebnisse elektrischer Untersuchungen an Geisteskranken.

Vortr. ging von dem Gedanken aus, dass bekanntermaassen ein und dieselbe Schädlichkeit Polyneuritis mit Psychosen hervorrufen kann; so kann man vielleicht auch bei Psychosen anderer Art, die nur allgemein auf toxischem Boden entstehen, eine Mitbetheiligung peripherer Gebiete erwarten. Vortr. lenkte zum Nachweis der letzteren seine Aufmerksamkeit vor allem auf die Zuckungsträgheit, und durch myographische Aufzeichnung gelang es ihm, auch geringe Grade einer solchen nachzuweisen und zahlenmässig zu messen. Er fand nun bei 10 Fällen von Amentia 6 mit galvan. und farad. Zuckungsträgheit. Bei Delir. tremens, acut. hallucinat. und Alkohol-Psychose stellten sich bei ersterem die schwereren peripheren Veränderungen heraus (neben galvanischer auch faradische Trägheit). Auch bei progress. Paralyse wurde einigemale träge Zuckung nachgewiesen, doch ist zu weitergehenden Schlüssen hierbei das Material noch zu klein.

2. Sitzung, 23. September Vormittags. Vorsitzender: Obersteiner (Wien).

4. Marinesco (Bukarest): Untersuchungen über spinale Lokalisation.

Vortr. hat sowohl an Hunden experimentirt als auch Erfahrungen aus der menschlichen Pathologie gesammelt, die ihn zu folgenden Ansichten geführt haben: in den einzelnen Segmenten des Rückenmarks sind nicht sowohl die Extremitätenabschnitte oder die Nervenstämme, sondern die Muskeln durch distincte Ganglienzellgruppen vertreten, diese aber nur insoweit, als sie eine isolirte Function besitzen, einer gesonderten Bewegung fähig sind. So hat z. B. der M. Sterno-cleido-mastoid. eine andere Kerngruppe als der Trapezius, obwohl beide vom N. accessorius versorgt werden, der M. pectoralis major eine andere als der M. serrat. anticus major; dagegen haben der N. medianus und ulnaris, die beide der gleichen Function vorstehen (Flexion am Unterarm und Hand) auch die gleichen Kerne. Muskeln, die nur associirt in Thätigkeit treten, haben auch keine differenten Ganglienzellgruppen. An den untern Extremitäten liegen die Verhältnisse ganz dem entsprechend. Im Allgemeinen haben die der Medianlinie näher liegenden Muskeln auch in ihrer Vertretung im Rückenmark eine mehr mediane Lage.

Discussion: Herr Rothmann fragt, wie es mit diesen den Muskeln und ihrer Function entsprechenden Zellcentren wird, wenn die peripheren Nerven kreuzweis vernäht werden („greffe nerveuse")?

Herr Marinesco will später auch darauf achten.

5. Münzer (Prag): Zur Lehre vom Neuron.

Vortr. hat den Versuch nachgeprüft, über den Bethe im vorigen Jahre berichtete: Durchschneidung eines peripheren Nerven bei einem jungen Thiere, Verhinderung der Verheilung beider Stümpfe, trotzdem Neubildung von functionstüchtigen Nervenelementen im peripheren Stumpfe. Er fand, dass das proximale Ende des peripheren Stumpfes kolbig anschwillt und mit der umgebenden Muskulatur fest verwächst. Bei mikroskopischer Untersuchung dieser Verwachsungsstelle konnte er eine enge Verbindung und Verflechtung der neuen Fasern mit solchen zwischen den benachbarten Muskelbündeln nachweisen, und nimmt an, das die jungen Nervenfasern nichts als Auswachsungsproducte dieser intramuskulären Fasern sind. Da wahrscheinlich auch in den Bethe'schen Versuchen eine solche Verwachsung stattgefunden hat, hält er den Beweis für die Möglichkeit autochthoner, vom Central-Organ unabhängiger Entstehung resp. Regeneration von Nerven noch nicht für erbracht, darum auch einen Grund dafür, die Neuronenlehre an dieser Stelle für widerlegt zu halten, nicht für vorliegend.

Discussion: Herr Raimann ist bei Nachprüfung der Bethe'schen Versuche zu demselben Resultate wie der Vortr. gekommen: Es sprach alles dafür, dass trotz aller Bemühungen, dies zu verhindern, doch von neuem Verbindungen zwischen centralen Gebieten und peripherem Stumpfe sich wieder hergestellt hatten.

Herr Lilienstein erinnert daran, dass Bethe's Versuch nur an neugeborenen Thieren gelungen ist und fragt, ob bei dem Vortr. dasselbe der Fall war.

Herr Obersteiner hält nach dem Gehörten das Argument Bethe's gegen die Neuron-Lehre für hinfällig.

6. Stränssler (Prag): Ueber eine Missbildung des Centralnervensystems und ihre Beziehung zu foetaler Hydrocephalie. (Mit Demonstrationen).

Bei einem neuntägigen Kinde mit einem enormen Hydrocephalus internus und einer lumbosacralen Rhachischisis wurde makroskopisch eine Unterentwicklung des Kleinhirns und Verlagerung der Medulla oblongata, mit einem Einschluss im Centralkanal, welcher sich mikroskopisch als Kleinhirn erwies, in den Wirbelkanal beobachtet. Der Befund entsprach einer Missbildung, welche Chiari zuerst als Folgezustand congenitaler Hydrocephalie beschrieb; der Fall unterschied sich, wie aus der mikroskopischen Untersuchung hervorging, von den Beobachtungen Chiari's nur dadurch, dass der Einschluss von wohl differenzirter Kleinhirnsubstanz sich über den grössten Theil des Medullarrohres erstreckte; im Aquaeductus Sylvii befand sich Kleinhirnsubstanz und war von hier durch den Centralkanal des Nachhirnes bis in den caudalen Theil des Rückenmarkes zu verfolgen.

Ueber das ganze Centralnervensystem waren Entwicklungsstörungen verbreitet: Im Vorderhirne bestand eine gemeinsame Hemisphaerenhöhle — Balken und Fornix fehlte; Verbildung des Kleinhirnes und eine breite Verwachsung desselben mit dem Gehirnstamme, Persistenz der Deckplatte des Nachhirnes, Verlagerung von Olivensubstanz, Heterotopieen grauer Substanz und Verwachsung des unteren im Wirbelkanal gelegenen Theiles des Nachhirnes mit dem oberen Theile des Rückenmarkes zeugte von schwerer Entwicklungsstörung des 3. Gehirnbläschens; Persistenz der embryonalen Medullarplatte in der Rhachischisis, Verdopplung des Rückenmarkes, Verdopplung und Verlagerung von Spinalganglien vervollständigte die Kette der mannigfachen Zeichen gestörter Entwicklung.

Der Annahme Chiari's, dass die Missbildung des 3. Gehirnbläschens und die Kleinhirnverlagerung in einem Theil des Centralkanales des Medullarrohres durch eine Raumbeengung in der Schädelhöhle in Folge Hydrocephalie des Grosshirnes hervorgerufen sei, setzt der Vortragende die Auffassung entgegen, dass die Gesammtheit der Entwicklungsstörungen einheitlich zu beurtheilen sei und für die Erkenntniss der Ursachen der Missbildung die aus der experimentellen Teratologie gewonnenen Erfahrungen maassgebend sein müssen.

Gegen die Annahme des Hydrocephalus als Ursache der Bildungsstörung des 3. Gehirnbläschens ist insbesondere anzuführen:

1. Das Bestehen einer grossen Anzahl von Entwicklungsstörungen, über das ganze Centralnervensystem verbreitet, welche durch die Hydrocephalie nicht zu erklären sind; in den Fällen Chiari's erstreckten sich Bildungsstörungen auch auf andere Organe.

2. Die für die Missbildung characteristischen Störungen in der Entwicklung des Hinterhirnes und Nachhirnes mit der Verlagerung von Kleinhirn in den Centralkanal des Medullarrohres konnten nur in einer sehr frühen Entwicklungsperiode zu Stande kommen; das Bestehen der Rhachischisis beweist, dass bereits zur Zeit des Verschlusses des Medullarrohres irgendwelche Schädlichkeiten auf das Ei eingewirkt hatten, welche den normalen Verschluss verhinderten; analog der Entwicklungsstörung der dorsalen Partieen des Schwanzendes des Medullarrohres, wäre das Einsetzen der Störung in der Entwicklung der Deckplatte des 3. Gehirnbläschens in die früheste Entwicklungsperiode, wahrscheinlich in die Zeit des Verschlusses des Kopftheiles der Medullarrinne zu verlegen; eine Raumbeengung in der Schädelhöhle kann zur Erklärung der Missbildung also nicht in Betracht kommen.

3. Ist die Verlagerung des Kleinhirnes in dem vom Vortr. beobachteten Falle nicht nur distal, vom Sitze des Kleinhirnes aus, sondern auch proximal — im Aquaeductus Sylvii vorhanden, was gegen die mechanische Beeinflussung der Wachsthumsrichtung des Kleinhirnes durch eine Raumbeengung in der Schädelhöhle spricht.

Der bestehende Hydrocephalus ist in dem Falle

des Vortr. secundär durch die Kleinhirnbildung bedingt, indem durch Hineinreichen des Kleinhirnes bis an den Boden des 4. Ventrikels die Communication zwischen den Höhlen des Grosshirnes und des Rückenmarkes aufgehoben wurde; eine Rolle mag auch die in dem Falle wie bei allen Missbildungen vorhandene Erweiterung und Vermehrung von Blutgefässen gespielt haben. Zunächst secundäre Folge der Kleinhirnmissbildung kann der Hydrocephalus vielleicht später an der weiteren Ausgestaltung der Missbildung mitgewirkt haben.

7. v. Leonova (Würzburg): Ueber die Entwicklungsabnormitäten des Central-Nervensytems bei Cyclopie.

Es bestand im untersuchten Falle neben Cyclopie Microcephalie und Arhinencephalie; das Kleinhirn war verkümmert, erhalten nur das Rückenmark, die Medulla oblong., die Vierhügel und das Zwischenhirn. Es bestanden zahlreiche Heterotopien grauer und weisser Substanz. Vortr. erinnert an die Theorie von Dareste über die Pathogenese der Cyclopenbildung, woraus das häufige Zusammentreffen dieser Missbildung mit Microcephalie bis zu einem gewissen Grade erklärlich sei.

Discussion: Herr Sternberg weist auf das Verhalten der Hinterstränge hin, die gut entwickelt sind, obgleich die Hinterstrangkerne fast fehlen. Es muss also neben dem Ursprungskern auch dem „Endkern" in der Entwicklung des Nervensystems eine Bedeutung zukommen, was in gewissem Sinne gegen die Neuronen-Theorie spricht.

Herr Anton bestreitet, dass die Amnion-Theorie von Dareste für Missbildungen wie die vorliegende eine genügende Erklärung gebe; beim sich entwickelnden Organismus wirken eben andere Wachsthumskräfte als beim Erwachsenen. Auch er weist auf die Bedeutung für die Neuron-Frage hin; die Incongruenz zwischen Kernen und Fasern spricht für eine Wachsthumsunabhängigkeit beider, der Zusammenhang wird erst mit der Function gegeben.

3. Sitzung, 23. September Nachmittags.

8. Marburg (Wien): Zur Pathologie der Hirngefässe.

Vortr. fand in Uebereinstimmung mit Jones, bei jugendlichen Individuen (6 und 24 J.), die keinerlei Zeichen einer Gefässerkrankung im Leben dargeboten hatten, isolirte Verkalkung der Elastica, glaubt dass dieselbe u. A. in der Aetiologie von Früh-Apoplexien eine Rolle spielen könne. Ferner fand er bei Endarteritis der Hirngefässe in der gewucherten Intima echte Knorpelbildung, die auf dem Wege einer reinen Metaplasie zu Stande gekommen war.

— **Der preussische Justizministerial-Erlass vom 7. d. Mts. und der Richterstand.** — Das Correlat der „freien Beweiswürdigung" des Richters ist bekanntlich dessen Rechtspflicht, alles aufzubieten, um die Fähigkeit zur Bildung eines sachgemässen Urtheils zu erlangen. Durch obigen Ministerialerlass, wonach nicht mehr der Specialarzt, sondern der Kreisarzt das „Mädchen für Alles" (sc. für alles Medicinische), bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche „regelmässig" zu „wählen" ist, wird den Richtern eine Beschränkung bei der Beweisführung auferlegt, abgesehen, wo „besondere Umstände" eine Ausnahme erfordern. Man denke sich den Fall, dass zur Beurtheilung einer Erkrankung der Augen und Ohren und ihrer rechtlichen Folgen von den Justizbehörden die regelmässige Wahl, nicht des Augen- bezw. Ohrenarztes, sondern des „Kreisarztes" vorgeschrieben wäre, und man wird zugeben müssen, dass nicht bloss auf dem Gebiete der Irrenkunde, sondern auf allen Gebieten der medicinischen Wissenschaft, welche eine specialistische Sonderstellung und Vertretung haben, der Richter, wenn er seinem Verantwortlichkeitsgefühl folgt, stets denjenigen Sachverständigen wird wählen wollen, der das betreffende Fach am besten beherrscht. Und in diesem gesunden Bestreben sollte ihm, im Interesse der Rechtsprechung, freie Hand gelassen werden. Es ist also eine alsbaldige Abänderung des obigen Erlasses vom Standpunkt des Richters erforderlich, um so mehr, als auch jeder Richter weiss, dass die Begutachtung von krankhaften Geisteszuständen nicht, wie diejenige hygienischer und körperlicher Verhältnisse, Sache einer in kurzer Zeit zu erlernenden technischen Methode, sondern in erster Linie Sache langjähriger Erfahrung und umfangreichen Wissens ist.

— **Zum Ministerial-Erlass vom 7. October 1902.** — Die Tagespresse beschäftigt sich weiter mit dem Erlass. Selbst ein Blatt, das die Entmündigung überhaupt in die Hände eines Laienkollegiums, nicht in diejenigen des Richters und Arztes gelegt wissen will, das also wirklich keine Sympathie für die Irrenärzte übrig hat, bedauert, dass durch diese Reform die Rechtsunsicherheit, die auf dem Gebiete des Irrenrechts bestehe, in nicht unbedenklichem Maasse vermehrt wird. — Wir beabsichtigen, demnächst sämmtliche Pressstimmen über den Erlass in einer Nummer zu vereinigen — Eine Seitens eines Collegen an die Redaction der psych.-neurolog. Wochenschrift gerichtete Zuschrift verdient besondere Beachtung: „Zu erwägen dürfte auch sein, ob nicht eine Versammlung der preussischen Irrenärzte oder eine **ausserordentliche Sitzung des Vereins deutscher Irrenärzte** mit möglichst zahlreicher Betheiligung in Berlin zu veranstalten wäre, zu welcher der Justizminister eingeladen würde und in welcher in Gegenwart von Vertretern der Presse die Führer der deutschen Irrenärzte eingehende Berichte über die nachtheilige Wirkung der Verfügung vom 7. d. Mts. zu erstatten hätten." Red.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 31. 1. November. 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Skizze des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben*).

Von Dr. *Ernst Kalmus*, k. k. Polizeiarzt in Prag.

Wenn ich mir heute erlaube, hier ein Thema zu besprechen, das mehr oder weniger nur von local beschränkter Bedeutung ist, so geschieht dies einerseits deshalb, weil ich wohl ein gewisses allgemeineres Interesse für die sanitären Einrichtungen desjenigen Landes voraussetzen kann, in welchem die diesjährige Naturforscherversammlung stattfindet, dann aber und hauptsächlich deshalb, weil ich aus meiner kurzen Darstellung der gegenwärtigen Verhältnisse einige Wünsche und Forderungen abzuleiten gedenke, welche ich einer so sachverständigen Versammlung zur gütigen Kritik vorlegen möchte, um ihnen an maassgebender Stelle eine grössere Autorität zu verleihen.

Die Irrenfürsorge in Böhmen ist durchaus nicht neuen Datums, sondern beginnt, wie in allen mitteleuropäischen Staaten, schon zu Ende des 18. Jahrhunderts. Unter der Regierung Kaiser Josef II. wurde in Prag ein heute noch stehender, jetzt allerdings anderen Zwecken dienender Tract des allgemeinen Krankenhauses der Irrenpflege speciell gewidmet, wie eine heute noch leserliche Inschrift auf demselben: Custodiae mente Captorum: Josephus II. Leopoldus II. Augusti 1790 bezeugt.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, die historische Entwickelung des Irrenwesens in Böhmen vorzuführen; doch seien mir, bevor ich auf mein eigent-

*) Vortrag, gehalten in der neurologisch-psychiatrischen Section der 74. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Karlsbad, am 25. September 1902.

liches Thema eingehe, folgende kurze Bemerkungen gestattet:

Unter den gegenwärtigen für die Irrenpflege noch in Verwendung stehenden Bauten aus früherer Zeit ist jener Theil der Prager Irrenanstalt bemerkenswerth, welcher in den Jahren 1840—1844 aufgeführt, im Kasernenstile als zweistöckiges Corridorgebäude erbaut, heute noch als „Neues Haus" bezeichnet wird. Er stellte seinerzeit als erster derartiger Bau auf dem Continente ein Muster der damals üblichen Irrenanstalten dar und war auch für viele Anstalten des In- und Auslandes (ich erwähne z. B. die Anstalt Nietleben) vorbildlich. — In demselben sind heute noch die beiden psychiatrischen Kliniken (die deutsche und die böhmische) untergebracht.

Erwähnenswerth scheint mir ferner auch eine am Ende der sechziger Jahre (1856—57) getroffene Einrichtung, welche nach dem Berichte des Landesausschusses als erste „Irrencolonie" anzusehen wäre, „wie sie zu jener Zeit weder in Oesterreich noch in einem Nachbarstaate eingeführt war". Es ist dies die Erwerbung der Sluper Gründe, eines 20 Joch grossen Grundstückes in unmittelbarer Nähe der Prager Anstalt, auf welchem eine beträchtliche Zahl von Geisteskranken mit Gartenbau beschäftigt wurde, beziehungsweise noch beschäftigt wird. Diese Einrichtung schien mir schon deshalb erwähnenswerth, weil sie demnächst verschwinden wird, da die Grundstücke vom Staate zum Zwecke der Errichtung einiger Universitätsinstitute angekauft wurden.

Sehr wesentliche Erweiterungen und Verbesserungen erfuhr die Irrenfürsorge Böhmens seit dem Jahre 1861, in welchem die Verwaltung der bis dahin staatlichen Irrenanstalt in Prag an das Land Böhmen überging und nun dieses, beziehungsweise dessen Körperschaften, der Landtag und der Landesausschuss für die Unterbringung der immer zahlreicher werdenden Aufnahme in Irrenanstalten suchenden Geisteskranken zu sorgen hatte.

Ausser verschiedenen kleineren Veränderungen wurden im Jahre 1869 die Anstalt in Kosmanos, im Jahre **1880** jene in Dobran (sprich Dobrschan), im Jahre 1887 die Filialanstalt in Woporan (sprich Woporschan) und 1892 die Filialanstalt in Oberberkowitz neu errichtet. Von diesen Anstalten ist Dobran*) die bemerkenswertheste, da sie allein unter den derzeitigen Anstalten in Böhmen nicht durch Adaptirung sondern als planmässiger, den damaligen und wohl auch heutigen Anforderungen voll entsprechender Neubau bezw. Neuanlage entstanden ist und für andere österreichische Anstalten (ich erwähne hier: Troppau, Sternberg in Mähren, Kierling, ja in gewisser Beziehung selbst die neueste Anstalt in Mauer-Oehling in N.-Oesterreich) vorbildlich wurde.

Die Dobraner Anstalt ist auf einer kleinen Anhöhe nächst Dobran, einem kleinen Städtchen, unweit von Pilsen gelegen. — Die ursprüngliche Anstaltsaue hatte eine Fläche von über 75 Joch = 4312 Ar und die Gestalt eines gegen Nordost sich verengenden Rechteckes. — Heute beträgt sie über 124 Joch.

In der Mittellinie des ganzen Complexes sind: das Administrationsgebäude, dahinter die Kirche, die Küche, das Maschinen- und Waschhaus mit dem Centralbadehaus, die Werkstätten, das Lagerhaus, das Leichenhaus und eine Portierswohnung gelegen.

Zu beiden Seiten dieser „Mittelgebäude" sind die einzelnen Krankenpavillons gelagert und zwar ist der südliche Theil der Anstalt für Männer, der nördliche für weibliche Kranke bestimmt.

Nach ihrem Zwecke sind die Pavillons in zwei Abtheilungen getheilt.

I. Der Hauptheil mit gedeckten Gängen verbunden, für solche Kranke bestimmt, welche dauernder Aufsicht und Pflege bedürfen.

II. Der Nebentheil: in welchem die zur Arbeit fähigen, sowie die minder aufsichtsbedürftigen Kranken untergebracht sind.

Im Hauptheil sind zu unterscheiden:

I der Pavillon für ruhige,
II „ „ für minder ruhige,
III „ „ für unruhige Kranke,
IV „ „ für somatische Kranke (keine Decke bis zum Satteldach vorhanden.)

Auf weitere Details der Einrichtung der Dobraner Anstalt kann hier nicht näher eingegangen und muss auf den Bericht des Landesausschusses verwiesen werden. Es sei nur noch gestattet, hier zweier ausländischer Fachberichte zu erwähnen, welche der Anlage der Dobraner Anstalt volle Anerkennung zu theil werden lassen und, weil von Ausländern (einem französischen und einem englischen Arzte) stammend, wohl als unvoreingenommen angesehen werden dürfen.

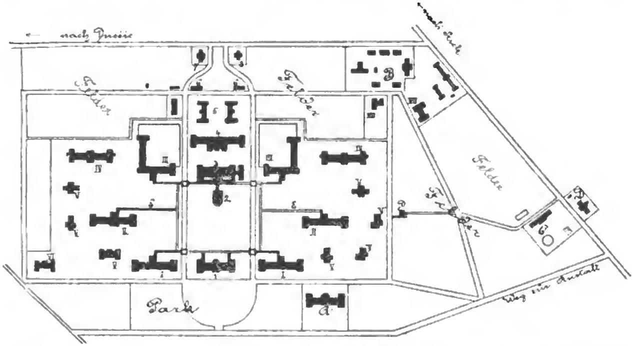
Der erstere Bericht stammt von Dagonet, dem bekannten Chefarzte der Irrenanstalt St. Anne und erschien in den Annales Medico-Psychologiques v. J. 1885. Sein Schlusssatz lautet: En resumé, le nouvel asile de Dobran mérite la reputation dont il jouit en Autriche; son organisation medicale est des plus serieuses et nous l'avons visité avec le plus grand interêt;

*) In der Versammlung wurde eine Planskizze, sowie ein photographischer Atlas der Dobraner Anstalt, welchen der Landesausschuss zur Verfügung gestellt hatte, demonstrirt. S. diesbezügl. den Bericht des Landesausschusses vom Jahre 1897.

son importance nous a paru devoir justifier les détails un peu minutieux, dans lesquelles nous sommes entrés.

Der englische Bericht ist dem bekannten 1564 Seiten starken Buche des australischen Arztes G. A. Tucker: Lunacy in many lands entnommen; er sagt zum Schluss: Nach den modernsten und erprobten Ideen eingerichtet und geleitet; excellent verwaltet; ein bemerkenswerth hoher Procentsatz von Patienten arbeitet.

Beide Berichte heben insbesondere die ärztliche Leistung durch die damaligen Aerzte der Dobraner Anstalt, die jetzigen Professoren A. Pick in Prag und Anton in Graz rühmend hervor. — Leider musste im Laufe der Zeit die ursprünglich für 600 Kranke bestimmte Anstalt immer stärker und stärker belegt werden, so dass sie Ende 1901 einen Normalbelegraum von 1500 Betten zählte. Doch beweisst andererseits die Möglichkeit einer derartigen Erweiterung wohl die Zweckmässigkeit der ursprünglichen Anlage.



Kgl. böhm. Landes-Irrenanstalt in Dobran (dem citirten Bericht des Landesausschusses entnommen).
1. Administration. 2. Kirche. 3. Küche. 4. Maschinenhaus, Waschanstalt, Bäder.
A. Beamtenhaus. B. Wirthschaftsgebäude. C. Gasanstalt. D. Pumpenhaus. E. Verbindungsgang.
I. Pavillon für Ruhige. II. Pavillon für Minderruhige. III. Pavillon für Unruhige. IV. Pavillon für somat. Kranke.
V, VI, VII. Villen für Kranke.

Die anderen Anstalten Böhmens sind, wie schon erwähnt, durch Adaptation anderer, nicht zu derartigen Zwecken erbauter Gebäude entstanden, an welche man im Laufe der Zeit entsprechende Neubauten, wie z. B. in Woporan angliederte.

Mit Ende des Jahres 1900 hatte Böhmen, das nach der Zählung vom December 1900, 6318280 Einwohner zählte, im Ganzen fünf öffentliche, in der Verwaltung des Landes stehende Anstalten. Die drei ausserdem in Böhmen bestehenden Privatheilanstalten für Geisteskranke, ich meine: die Idiotenanstalt des St. Anna Frauenvereines mit über 100 Pfleglingen, ferner die nur wohlhabenden Kranken offen stehenden Privatanstalten in Bubenc (Dr. Kramer) und Krec (Dr. Simsa) kommen für die Frage der Irrenfürsorge weniger in Betracht; erstere, die Idiotenanstalt, soll übrigens als ein rühmenswerther Anfang später noch Erwähnung finden. —

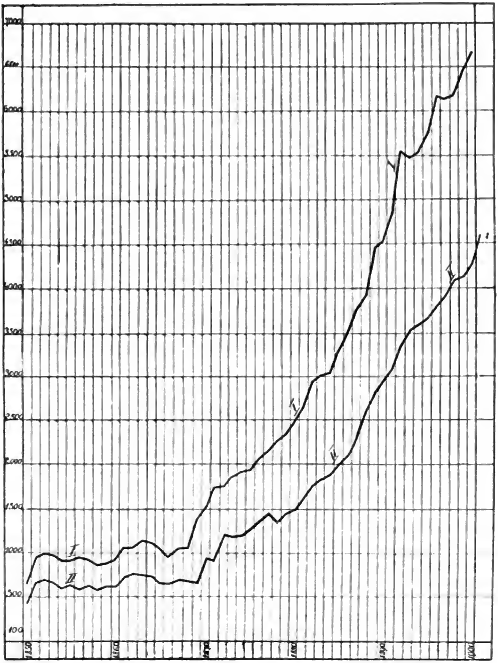
Zu dieser Zeit (Ende 1900) standen nach den mir freundlichst zur Verfügung gestellten Berichten der Statthalterei in Prag in den 5 öffentlichen Irrenanstalten Böhmens in Summa 4176 Betten zur Disposition, welche sich folgendermassen vertheilen:

	Bettenzahl.
Prag	1119
Dobran	1500
Kosmanos	858
Ober-Berkowitz	415
Woporan	284
	4176

Es kamen somit auf 1000 Einwohner 0,661 Betten, eine im Vergleich zu anderen Ländern sehr geringe Zahl. (Baden hat 1,28 Plätze, mit Einbeziehung der Privatanstalten 1,66 Plätze auf 1000 Einwohner). Durch

Erweiterung der Anstalt in Woporan wuchs die Zahl der Betten daselbst im Laufe des Jahres 1901 von 284 auf 520, so dass mit Ende 1901 in ganz Böhmen 4412 Betten zur Verfügung standen. Dabei ist jedoch die Prager Anstalt mit 1229 Betten eingestellt, während ihr normaler Belegraum nur 800 Betten beträgt.

Betrachten wir nun die Krankenbewegung in diesen 5 Anstalten, so sei hier zunächst auf das enorme Anwachsen der Zahlen der jährlich verpflegten Geisteskranken in ganz Böhmen hingewiesen (s. beifolgend die Curve über die vom Jahre 1850—1900 Verpflegten und vom Vorjahre Verbliebenen). Seit dem Jahre 1885 ist die Zahl der Verpflegten von 3360 auf 6699, also fast auf das Doppelte gestiegen. Vergleichen wir damit die Zahlen (im Jahre 1901) der mit dem Ende des Vorjahres Verbliebenen, welche etwa als maximaler Fassungsraum der Anstalten angesehen werden kann, wobei auf die in einzelnen Anstalten bestehende Ueberfüllung später noch Rücksicht genommen werden soll, so ergiebt sich: Im Jahre 1885 waren 2019 Kranke vom Vorjahre verblieben; im Jahre 1902 schon 4590 — für welche jedoch, wie



I. Die Zahlen der in den böhm. Landesirrenanstalten jährlich Verpflegten.
II. Die Zahlen der in den böhm. Landesirrenanstalten mit Ende des Vorjahres Verbliebenen.

oben erwähnt nur 4412 Betten bei voller Ausnützung des Raumes zur Verfügung standen. — Es waren demnach 187 Kranke mehr in den Anstalten, als eigentlich darin Raum haben. —

Geht daher aus diesen Zahlen hervor, dass das Land zwar versucht hat durch Vermehrung der Plätze, es sind seit dem Jahre 1885 etwa 2400 Betten zugekommen, den Anforderungen gerecht zu werden, so beweisen andererseits diese Zahlen auch die Unzulänglichkeit dieser Bemühungen.

Untersuchen wir nun die einzelnen Anstalten genauer auf ihre Krankenbewegung im letzten Jahre, speciell auf ihre Überfüllung; so ergiebt sich für Ende 1901:

		Ueberbelag
	Prag mit	
1119	Betten (norm. nur 800) hatte	1445 + 326 (645)
	Dobran mit	
1500	„ hatte	1417 — 83
	Kosmanos mit	
858	„ hatte	806 — 52
	Ober-Berkowitz mit	
415	„ hatte	411 — 4
	Woporan	
520	„ hatte	520
4412 (4093)		4599 + 187 (+ 606)

Es zeigte demnach Prag die stärkste Ueberfüllung: 326 Kranke über seinen maximalen Fassungsraum, 606 über seinen normalen Belegraum.

Um diesem Uebelstande wenigstens theilweise abzuhelfen, beschloss der Landesausschuss am 7. Mai 1902 9 Bezirkshauptmannschaften, welche bis dahin nach Prag gehört hatten, bezw. deren Geisteskranke der Anstalt in Kosmanos zuzuweisen, sodass jetzt die Vertheilung der einzelnen Bezirke folgende ist:

Der nordöstliche Theil von Böhmen, 33 Bezirkshauptmannschaften inclusive der Stadt Reichenberg mit zusammen 2059219 Einwohner, gehören zum Aufnahmsbezirke von Kosmanos. 31 Bezirkshauptmannschaften des südöstlichen Böhmen mit 1830451 Einw. gehören in den Aufnahmebezirk Dobran, und die in der Mitte gelegenen 32 Bezirkshauptmannschaften mit der Landeshauptstadt Prag, zusammen 2428620 Einw., gehören in den Aufnahmsbezirk der Anstalt Prag und der Filialanstalten Ober-Berkowitz und Woporan. — Ausserdem sind, laut einer frdl. Mittheilung des Landesausschusses bez. dessen Sanitätsconcipirten Doc. d'Matiegka, in Dobran 4 neue Villen für je 50 Kranke im Bau, von denen jede mit 50000 Kronen in den Voranschlag des Landesausschusses aufgenommen ist; 4 weitere solche Villen sollen demnächst errichtet werden. — Auch in Berkowitz sollen Zubauten geplant sein.

Ob ein derartiges stückweises Vergrössern der ohnehin schon heute kaum zu übersehenden Anstalt in Dobran zweckmässig ist, ob kleinere Anstalten (von höchstens 1000 Kranken) vom ärztlichen Standpunkte aus nicht zweckmässiger wären, mag dahingestellt bleiben. — Jedenfalls möchte ich glauben, dass man bei der Neuerrichtung einer Anstalt, an Stelle der Prager Irrenanstalt, mindestens bei der Organisation des ärztlichen Dienstes auf diesen Umstand Rücksicht nehmen sollte.

(Schluss folgt.)

Zum Capitel „Familienpflege."

Unter die Zahl derjenigen Anstalten, die Kranke in Familienpflege gegeben haben, ist seit dem Anfang Juni d. J. auch die Anstalt Brieg, Bez. Breslau, getreten. Die bisherigen Erfolge ermuntern nicht nur hier, sondern hoffentlich auch an andern Orten zur Einrichtung und weiteren Ausgestaltung dieser Verpflegungsart, da sich einmal überall damit Versuche in kleinerem Umfange anstellen lassen, andrerseits auch sicher überall Kranke sich befinden, die harmlos, sauber und ruhig sind, sich also für Familienpflege eignen, ja in der Familie sogar wohler und besser befinden, als in den Räumen unserer zumeist überfüllten und mit zahlreichen unruhigen, gewaltthätigen und unsauberen Kranken belegten Anstalten.

Es sind sowohl weibliche, wie in letzter Zeit auch männliche Kranke hinausgegeben worden und weitere Pfleglinge sollen folgen, bis zur Zahl von zwanzig Stellen, die vorläufig als Grenze angenommen ist. Gelingen die weiteren Versuche in dem Maasse, wie bisher, dann wird voraussichtlich die Einrichtung weiter ausgedehnt werden können, da man nach den ersten gelungenen Versuchen muthiger wird und Kranke in Pflege zu geben wagt, bei denen zuerst Bedenken vorliegen. Allen theoretischen Erwägungen gegenüber erweist die Praxis in den meisten Fällen sich überlegen und man sieht in der Mehrzahl der Versuche, dass die Kranken sich draussen wohler fühlen und sich besser und rascher einleben, als man erwartet hatte, während Misserfolge öfter nicht durch unpassende Auswahl der Kranken, als vielmehr durch Täuschung in der Wahl von Pflegestellen, die man für geeignet hielt, welche sich nachher aber nicht bewährten, hervorgerufen werden. Secundäre Schwächezustände, Zustände von Verwirrtheit, alte paranoische Kranke oder

Periodici mit langen Remissionen eignen sich sämmtlich und werden natürlich besonders dann gern genommen, falls sie sich noch etwas beschäftigen. Es konnte aber auch beobachtet werden, dass Kranke, die sich in der Anstalt gar nicht arbeitsfähig zeigten, anfingen, in der Familie zu arbeiten, wegsamer zu werden und sich selbst körperlich zu erholen. Die Pflegesätze betragen monatlich 20—25 Mark, sind also recht niedrig bemessen.

Die weiblichen Kranken sind sämmtlich in der Stadt untergebracht, die Männer auf dem unmittelbar an die Stadt grenzenden Dorfe, das voraussichtlich nächstens eingemeindet wird, und wo sich seit Jahren eine Irrencolonie befindet. Pflegestellen sind vorläufig genügend vorhanden. Sollte Mangel daran sich geltend machen und die Familienpflege weitere Ausdehnung gewinnen, so erscheint auch die Anlage von Wärterhäusern, welche gleichzeitig zur Aufnahme von Pfleglingen dienen, nicht ausgeschlossen. K.

Mittheilungen.

— **74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad.** 21. bis 26. September. Abth. **Neurologie und Psychiatrie.** (Fortsetzung.)

9. v. Jacksch (Prag): Ueber die im Manganbetriebe vorkommenden nervösen Affectionen.

Demonstration mehrerer Kranker, die alle übereinstimmend das gleiche Symptomenbild zeigen: Spastischer Gang, scandirende Sprache, Zwangslachen und Weinen, Demenz, dazu als sehr characteristisch eine ausgesprochene Retropulsion beim Gang nach rückwärts. Es fehlen Nystagmus, Intentionstremor, Ataxie, Romberg'sches Zeichen, jede Sensibilitätsstörung. Als die allein giftige Manganverbindung hat sich das Mg-Oxydul nachweisen lassen. Die Dauer der Einwirkung bis zum Auftreten von Intoxications-Erscheinungen ist sehr verschieden (Wochen bis Jahre). Die Prognose ist infaust. Vortr. sieht die Bedeutung dieser Fälle in ihrer Aehnlichkeit mit der multiplen Sklerose.

Discussion: Herr Marinesco hebt als Unterschied zwischen diesen und Fällen von multipler Sklerose die Vielgestaltigkeit der letzteren hervor; die vorgestellten Fälle zeichnen sich gerade durch ihre Einförmigkeit aus.

Herr v. Wagner muss doch die grosse Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder hervorheben, die durch die einheitliche Aetiologie in den vorgestellten Fällen noch an Bedeutung gewinnt.

Herr Häenel sucht die von Herrn Marinesco erwähnten Unterschiede durch die verschiedene Localisation des anatomischen Prozesses, der dabei wohl bei beiden von der gleichen Art sein könnte, zu erklären.

Herr Obersteiner sieht in dem einen der vorgeführten Fälle kleinschlägigen Nystagmus in der Mittelstellung der Augen.

Herr Rothmann fragt nach dem Verhalten des Babinski'schen Reflexes. Derselbe fehlt hier.

Herr Jacksch, Schlusswort.

10. Friedel Pick (Prag): Ueber klinische Temperatursinnsprüfung.

Vortr. hat einen kleinen handlichen Apparat construirt (Erwärmung eines Wasserbehälters durch eine vom elektrischen Strom durchflossene Platinspirale, Temperaturablesung an eingefügtem Thermometer), der eine genaue Abstufung des Wärmereizes und dadurch die Gewinnung von Schwellenwerthen gestattet. Er berichtet über Untersuchungen, die Herr Dr. Neumann mit diesem Apparate bei Gesunden und Kranken angestellt hat.

11. Sternberg (Wien): Zur Physiologie des menschlichen Centralnervensystems nach Studien an Hemicephalen.

Gemeinsam mit Dr. Wilhelm Latzko hat Vortr. die Lebensäusserungen einer hirnlosen Missgeburt studirt, und nach ihrem am dritten Tag erfolgten Tode das Centralnervensystem eingehend untersucht. Das Geschöpf besass Rückenmark und Medulla oblongata bis in die Gegend des Locus coeruleus, sowie ein höchst rudimentäres Kleinhirn. Der innere Aufbau zeigte eine gewisse Thierähnlichkeit. Von grösseren Bahnen fehlten die Pyramidenbahn, das Monakow'sche Bündel, wahrscheinlich auch das Gowers'sche Bündel, sowie die Kleinhirnverbindungen der Olive und des Pons. Die Lebensäusserungen der Missgeburt unterschieden sich nur in sehr Wenigem von denen eines normalen Neugeborenen. Sie stiess den ersten Kindesschrei aus, saugte, wurde durch die Anregung des Saugens beruhigt, wenn sie schrie, sie legte die Arme zurück, wenn man diese aus der eingenommenen Stellung brachte. Das Stimmcentrum reicht daher nicht höher als bis in die Gegend des Locus coeruleus, der Kern des hinteren Vierhügels gehört wahrscheinlich nicht mehr dazu. Die Beruhigung des Schreiens durch Saugen beruht auf einer Reflexhemmung, die sich in der Oblongata vollzieht, die Wirkung und Beliebtheit des „Schnullers" beruht auf diesem Reflexvorgange und nicht auf einer „Ungezogenheit". Die ziemlich complicirte Coordination, die zum Zurücklegen der Arme erforderlich ist, geschieht ohne Mitwirkung der Pyramidenbahn. Schob man einen Finger in das Händchen, so ergriff ihn die Missgeburt und hielt ihn fest. Diese Bewegung, die Eltern und Pflegerinnen so „herzig" und „nett" zu finden pflegen, ist also ein tiefstehender

Reflex. Das Geschöpf führte spontanen und reflectorischen Lidschluss aus. Da der Oculomotorinskern nicht ausgebildet war, kann daher der Augenfacialis nicht — wie Mendel's Hypothese annimmt — von diesem Kerne entspringen, sondern muss wohl auch im Facialiskern gesucht werden. Auf unangenehme Reize reagirte die Missgeburt, wie schon von Flechsig in einem ähnlichen Falle gesehen wurde, mit verschiedenen Schmerz oder Unwillen ausdrückenden Grimassen des Mundes. Es muss daher unterhalb des von Nothnagel und Bechterew im Sehhügel nachgewiesenen mimischen Centrums noch ein Centrum für einige mimische Reflexe in der Oblongata liegen. Unter den beobachteten Grimassen ist insbesondere jene unwillig schmollende Geberde bemerkenswerth, die in Wien „Schnoferl" genannt wird. Sie ist nach Darwin eine Ausdrucksform, die Chimpansen und Orangutangs besitzen, die bei Kaffernweibern häufig ist, sich bei Europäern aber noch in der späteren Kindheit verliert. Auch das reflectorische Festhalten des in die Hand geschobenen Fingers geht in der spätern Kindheit verloren und ist wahrscheinlich ein phylogenetisch alter Reflex. Er musste für ein Wesen, das auf Bäumen lebte und von Ast zu Ast sprang, sehr wichtig sein. Während das hirnlose Geschöpf alle die aufgezählten Functionen mit dem normalen Kind gemein hatte, fehlten ihm die Abwehrbewegungen der Extremitäten, die bei gewissen unangenehmen Reizen (z. B. Kitzeln der Nasenschleimhaut), auch beim Neugeborenen sonst auftreten. Das Fehlen dieser Bewegungen, der Reactionen auf Licht und Schall, und die ungenügende Temperaturregulirung erwiesen gleich im Beginne des Lebens die Mängel der Organisation, die das Fortleben unmöglich machen.

Discussion: Herr Anton erinnert an die Beobachtung einer Athmung ohne Medulla oblong. auch bei anderen Missgeburten, und wendet sich gegen Petrén, der solche Fälle durch eine Art Atavismus erklären will; die Beschaffenheit des Neuroepithels ist maassgebend. Die auch im vorgeführten Falle nicht fehlenden Blutungen im Gehirn hält er weder durch das Geburtstrauma noch durch eine Asphyxie für erklärt; vielleicht spielen auch hierfür die Nebennieren eine Rolle.

12. Wiener, zugleich für Münzer (Prag): Das Zwischen- und Mittelhirn des Kaninchens.

Normal-anatomische Untersuchungen, für kurzes Referat ungeeignet. (Ausführliche Veröffentlichung in der Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. XII, Octoberheft).

An der Discussion betheiligen sich die Herren Rothmann, Wiener, Münzer, Sternberg.

13. Raimann (Wien): Polioencephalitis.

Vortr. berichtet über einen Fall von Polioencephalitis sup. acuta nebst Korsakoff'scher Psychose aussergewöhnlicher Aetiologie. Es war nämlich Alkoholismus mit Sicherheit auszuschliessen, es ging auch keine Infectionskrankheit voraus: hingegen bestand, wie die Obduction lehrte, ein chronischer Darmprocess (Lymphosarcomatose mit Geschwürsbildung) und es musste eine auf diesem Boden stehende Autointoxication zu der Neuropsychose geführt haben. Vortr. weist darauf hin, dass die gastro-intestinale Autointoxication in der Aetiologie des vorliegenden Symptomencomplexes eine grössere Rolle spielen dürfte, als man bisher glaubte. Schliesslich bestätigt der Casus, dass die Cerebropathia Korsakoff's nicht nur in Fällen, die auf alkoholischem Boden stehen, einer Polioencephalitis superior acuta entspricht.

4. Sitzung, 24. September Nachmittags, Vorsitzender: Meschede (Königsberg).

14. Rosenfeld (Karlsbad): Kranken-Demonstrationen:

a) Sklerodermie mit Myosklerose.

b) Raynaud'scher Symptomencomplex und Sklerodermie.

15. Meschede (Königsberg): Gruppirung der Psychosen (erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift).

Discussion: Herr Aschaffenburg betont ebenfalls den Unterschied zwischen Krankheitsbild und -Process. Er glaubt aber nicht, dass man mit einer Einteilung der Psychosen nach rein logischen Gesichtspunkten viel nützen wird; maassgebend in der Praxis ist nur der Gesichtspunkt der Prognose. Wichtig ist aber hierfür, dass man das Leben der Kranken, auch der Entlassenen, jahrelang verfolgt.

Herr Meschede: In der nosologischen Bezeichnung ist meist Prognose und Therapie schon mit enthalten.

16. Rothmann (Berlin): Ergebnisse der Ausschaltung der motorischen Function und ihre Bedeutung für die Pathologie.

Experimente an Thieren haben gezeigt, dass Ausschaltung der Pyramiden-Bahn keinen vollständigen Ausfall der motorischen Function zur Folge hat; es existiren Nebenbahnen (Monakow'sches Bündel, Vierhügel-Vorderstrangsbahn u. a.), die die Leitung übernehmen. Auch die Gesamtausschaltung einer ganzen Rückenmarkshälfte führt selbst bei Affen zu keiner vollkommenen Lähmung, es tritt eine weitgehende Restitution wieder ein. Beim Menschen sind die Symptome einer reinen plötzlichen Pyramidenbahnunterbrechung, — die gewöhnliche Hemiplegie ist keine solche! — vorübergehende leichte Parese, Spasmen, erhöhte Reflexe. Bei allmählichem Ausfall treten die anderen Fasern auch beim Menschen vicariirend ein; in diesem Sinne ist auch die therapeutische Bedeutung der Uebung bei Hemiplegikern zu verstehen. — Die spastische Spinal-Paralyse ist von Charcot und Erb als reine Py.-B.-Erkrankung erklärt worden; dass es auch bei dieser selbst nach jahrelangem Bestande nicht zu eigentlicher Lähmung kommt, spricht im selben Sinne. Auch die Seitenstrang-Degeneration an sich führt nicht ohne weiteres zu Lähmung und Spasmen, wie man andrerseits auch spastische Symptomencomplexe ohne Seitenstrang-Erkrankung sicher beobachtet hat.

Im Ganzen sind jedenfalls die Ergebnisse der Thierversuche in weitem Umfange auf den Menschen übertragbar und haben zur Beleuchtung und Erklärung pathologischer Verhältnisse wesentlich beigetragen.

Discussion: Herr Anton weist darauf hin, dass der Muskeltonus in seinem Endergebniss abhängig ist von den combinirten Einflüssen von Seiten- und Hinterstrang (physiologische Spasmen beim Neugeborenen), sowie darauf, dass der Py.-B. ausser ihrer motorischen auch sicher eine trophische Function ganz besonderer Art zukommt.

Herr Haenel erinnert an den von ihm untersuchten Fall infantiler Hemiplegie mit Athetose, in dem die Py.-B. völlig zerstört und degenerirt war, dafür aber die entsprechenden Bahnen, die beim Thier noch mit unzweifelhaften motorischen Functionen betraut sind, d. h. vor allem das Monakowsche Bündel, eine echte Hypertrophie erfahren und ohne Zweifel die im Leben möglichen ausgiebigen Bewegungen geleitet hatten.

Herr Rothmann, Schlusswort.

17. Stransky (Wien): Ueber discontinuirliche Zerfallsprocesse an peripherischen Nerven.

Vortr. hat auf der Klinik v. Wagner in Wien eine grosse Anzahl von Meerschweinchen experimentell chronisch mit Blei vergiftet und die peripheren Nerven untersucht. Er fand Zerfallsprocesse, ähnlich denen, wie sie französischerseits von Gombault beschrieben worden sind. Sie characterisiren sich durch die Discontinuität des Markzerfalls, der sich mitten in einer sonst normalen Faser etablirt, durch die Feinkörnigkeit desselben, durch die Möglichkeit des Erhaltenbleibens des Axencylinders, sowie durch die Möglichkeit einer ebenso discontinuirlich wie der Zerfall selbst erfolgenden Restauration.

Vortr. demonstrirt zur Illustration des Gesagten eine Reihe von histologischen Präparaten und weist insbesondere darauf hin, dass der Vorgang von der Waller'schen Degeneration, die besser als Nekrose zu bezeichnen wäre, wohl völlig zu trennen ist. In der Neuritislitteratur fänden sich gar nicht selten ähnliche Befunde verzeichnet, die aber selten recht gewürdigt worden sind, speciell auf deutscher Seite. Nach dieser Richtung hin wäre demnach die Neuritislehre recht reformbedürftig. Zuzüglich einer Anwendung der erhobenen Befunde auf die Neuronenlehre verhält sich der Vortr. zurückhaltend. — Die dem Vortrage zu Grunde liegende Arbeit wird anderwärts erscheinen.

18. Fuchs, zugleich für Braun (Wien): Ueber neurasthenisches Pulsphänomen.

Verf. führten durch folgenden Versuch den Nachweis, dass die nicht selten zu beobachtende Herzirregularität bei leichter körperlicher Anstrengung bei Neurasthenikern ein Vagus-Phänomen ist:

Sie liessen bei einem neurasthenischen Individuum, das in Rückenlage sich befand, ein continuirliches Sphygmogramm aufzeichnen, das jede, auch geringste, Abnormität des Pulses sofort erkennen liess; nach einmaligem Heben des gestreckten Beines gegen Widerstand zeigte sich schon eine leichte Arhythmie; dieselbe blieb aus nach Darreichung von 0,001 Atropin, das ein Vagusgift ist, kehrte bei allmählichem Aufhören der Atropinwirkung wieder.

19. Kalmus (Prag): Irrenpflege in Böhmen (siehe den Original-Artikel in dieser Wochenschrift).

20. Löwenthal (Braunschweig): Ueber die objektiven Symptome der Neurasthenie.

Unter den objectiven Störungen sondert Redner zwei Klassen ab, 1. die rein objectiven, 2. die bedingt objectiven. Den subjectiven Störungen kann durch den Nachweis ihrer gesetzmässigen Abhängigkeit auch ein gewisser objectiver Character verliehen werden. Die rein objectiven Störungen setzen sich zusammen aus solchen der allgemeinen Ernährung und des Stoffwechsels (Körpergewicht fast immer vermindert), ferner aus solchen im Gebiete der glatten Muskulatur, sowie der Drüsenthätigkeit. Bezüglich der vegetativen Sphäre stellt Redner den Satz auf, dass die erschöpfte Nervenzelle zu Dauercontraktion in der glatten Ringmuskulatur neigt und weist dies an den Vasomotoren, ferner am Verdauungs-Genital und Respirationstractus nach. Zu den rein objectiven Störungen in der willkürlichen Muskulatur gehören die Veränderung der Sehnenreflexe, der Tremor und verwandte Störungen.

(Schluss folgt.)

— **Obornik** (Provinz Posen). Die benachbarte Nervenheilanstalt Kowanowko, Eigenthum der von Karczewski'schen Erben, ist als alleiniges Eigenthum in den Besitz des Herrn Dr. Adam von Karczewski übergegangen.

— Am 16. Oct. fand bei Geh.-R. Jolly in Berlin eine Sitzung des Vorstandes des Vereins der Deutschen Irrenärzte statt. Es wurde als Ort der nächsten Jahresversammlung 1903 Jena in Aussicht genommen und als Zeit der 19. April (Begrüssungsabend) und der 20. und 21. April (Sitzungstage). Als Referats-Themata wurden gewählt: 1. Ueber die Anwendung der Isolirung bei der Behandlung der Geisteskranken; Referent Director Dr. Mercklin in Treptow a. R.; 2. ein klinisch-forensisches Thema. — Der Vorstand wird den Antrag stellen, den Namen des Vereins abzuändern in „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie", und die Jahresversammlung den „Congress der D. G. f. Psych." zu nennen.

Auch der neue Min.-Erlass v. 7. Oct. 1902 wurde besprochen. Es wurde von berufener Seite angeführt, dass die Bestimmung „Andere Personen sollen als Sachverständige nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern" — dahin zu verstehen sei, dass ein solcher besonderer Umstand jedesmal vorliege, wenn ein zu Entmündigender Insasse einer öffentlichen Anstalt sei und dass dann die Anstaltsärzte gewählt werden müssten.

Siemens.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 32. 8. November. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Einiges über die Befangenheit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige.

Von Dr. *Pfausler*, Director in Valduna.

Unser Artikel: „Schutz des Publikums vor den Psychiatern", in Nr. 7 dieser Wochenschrift l. J. (S. 80), ist bei dem durch den bekannten Justiz-Ministerial-Erlass betroffenen Kreise auf verschiedene Ansichten gestossen. Ein grosser Theil der Anstaltsärzte schloss sich unseren Anschauungen insoweit an, dass er eine, von anderer Seite ausgegangene, diesbezügliche gemeinsame Beschwerdeschrift an das Justizministerium mitfertigte, während ein Theil die Mitfertigung ablehnte, ohne auch nur über das Meritorische derselben und die Gründe für ihre Stellungnahme sich zu äussern. Leider kam so die geplante gemeinsame Action nicht zur Durchführung.

Eine durch den Vorarlberger Landesausschuss an das Justizministerium geleitete Beschwerde wurde unter Berufung auf den verstorbenen Prof. Dr. Schlager mit der Begründung abgewiesen, „dass die Beziehung der Anstaltsärzte zur Expertise naturgemäss bei Gesunden und Kranken zu der Annahme führe, dass die Sachverständigen wegen ihrer Beziehung zur Anstalt nicht unbefangen seien."

„In dieser Hinsicht Vorsicht zu üben, sei aber zur Zeit um so mehr angebracht, als das öffentliche Bewusstsein hinsichtlich der Zulänglichkeit der gesetzlichen Schutzmittel gegen ungerechtfertigte Entmündigung empfindlich geworden und wie der Ruf nach Reform beweise, beunruhigt sei."

Nachdem das Justizministerium eine anderweitige Begründung für seinen einschneidenden Erlass nicht bekannt gegeben, so haben wir uns vorläufig nur damit zu befassen, ob die aus unserer Beziehung zur Anstalt abgeleitete Befangenheit zu wirklich begründeter Beunruhigung des öffentlichen Bewusstseins

führt und inwieweit der Ausschluss der Anstaltsärzte als gerichtliche Experten das öffentliche Bewusstsein wieder beruhigen kann.

Es ist gesetzliche Vorschrift, dass keine Person ohne ärztlich bescheinigte Geistesstörung in eine Irrenanstalt abgegeben werden darf. Die Anstaltsleitung hat die Verpflichtung, die zuständige Behörde innerhalb 24 Stunden von der erfolgten Aufnahme eines Kranken zu verständigen. Sache des Gerichtes ist es dann, durch Berufung einer Constatirungs-Commission den Geisteszustand eines Internirten zu erheben. Nachdem aber zu solcher Aufgabe schon durch den Studiengang die Unzulänglichkeit des Richters allein dargelegt ist, ist im Gesetze die Zuziehung „vollkommen befähigter und erprobter Experten" vorgesehen. Deren Aufgabe ist es, auf Grund ihres Fachwissens und eingehender gewissenhafter Beobachtung „den Geistes- und Gemüthszustand" eines Kranken in einer auch für den Laien verständlichen Weise darzulegen. Das Gutachten der Experten trägt somit den Character einer fachwissenschaftlichen Leistung, die als solche vom Richter entgegengenommen wird. Es steht dem Richter vollkommen frei, sich der durch die Sachverständigen dargelegten Anschauung anzuschliessen oder nicht. Der Richter wird seine Entscheidung gemäss seiner Instructionen auf mehrfache, eventuell auf nicht ärztliche Erhebungen treffen und kommt diesfalls das Gutachten der Sachverständigen nur einer fachwissenschaftlichen Zeugenaussage gleich. Das Entscheidende bleibt also das Urtheil des Richters „und an den Spruch der Gerichte, wenn er allzeit von Sieg des Rechtes ist, kann die öffentliche Kritik, wie umfassend sie sein mag, nicht heran", so sagte unser Ministerpräsident Dr. von Körber als Justizminister.*) Das Urtheil des Richters schliesst somit jedes incorrecte Vorgehen aus.

Es ist aber von grosser Wichtigkeit, dass der Richter, „je weniger er ein Sclave des Buchstabens" sein darf und je mehr er „frei nach dem Geiste des Gesetzes zu entscheiden berufen ist",*) sein Urtheil auf die bestmöglichste und zuverlässigste Grundlage innerhalb des gesetzlichen Rahmens aufbauen muss und dass er in seinem gesetzlich gewährleisteten Rechte (siehe Motivenbericht zu § 351 C. P. O.), welches dem unabhängigen Richter die Wahl der Experten freistellt, nicht gerade in Bezug auf den hierfür berufensten Kreis der Anstaltsärzte beschränkt werde. Und wenn Dr. v. Körber den auch in den Staatsgrundgesetzen proclamirten Fundamentalsatz: „es soll einerlei Recht sein für jedermann" als den gemeinschaftlichen Leitstern bezeichnet, so ist dieser Leitstern durch den im Gesetze nicht begründeten Justiz-Ministerial-Erlass, welcher bei der Berufung praktischer Aerzte auch ohne jede psychiatrische Fachkenntniss den für die Expertise wissenschaftlich befähigten Fachmann, den Anstaltsarzt, vom gleichen Rechte ausschliesst, unsichtbar hinter eine Wolke getreten.

Wir haben das von Docent Dr. Salgó in seiner Entgegnung (Nr. 16 dieser Wochenschrift l. J. S. 190) angeführte Vorurtheil gegen Irrenärzte und gegen Irrenanstaltsärzte im Besonderen in der grossen Mehrheit des Publikums nicht finden können und halten es auch nicht für gerechtfertigt, dass ein Ministerial-Erlass einem wirklich selten auftretenden, „aus Misstrauen und Bosheit entspringenden Vorurtheile", in einer das Ansehen der berufensten Experten, der Irrenanstaltsärzte, so schwer schädigenden Weise Rechnung trägt.

Die Entmündigung ist ein Gerichtsverfahren und wird vom Gesetze nicht als „eine Vernichtung der Individualität", sondern vielmehr als ein dem Individuum zu theil werdender Rechtsschutz aufgefasst. Wie beflissen in dieser Ansicht die Gerichte vorgehen, mag daraus erkannt werden, dass ein in unsere Anstalt freiwillig behufs geeigneter Behandlung eingetretener Magister pharmaciae, wiewohl seine volle Handlungsfähigkeit von uns bescheinigt wurde, der Curatelverhängung nur durch ein gestempeltes Gesuch an das Gericht entgehen konnte.

Aber auch der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit hat beim bisherigen Verfahren in keinem nachweisbaren Falle zu einer ungerechtfertigten Internirung beziehungsweise Zurückhaltung durch Anstaltsärzte geführt. Die Kranken werden ja in Befolgung der gesetzlichen Bestimmungen vollkommen unabhängig von den Anstaltsärzten auf Grund von auswärtigen Aerzten nachgewiesener und bescheinigter Geistesstörung der Anstaltsbehandlung zugeführt. Im beruflichen Interesse der Anstaltsärzte liegt es, den Kranken durch sorgfältige Behandlung und Pflege zu heilen oder soweit zu bessern, dass er dem häuslichen Kreise, je eher desto besser, wieder zurückgegeben werden kann. Zudem steht es den Angehörigen und gesetzlichen Vertretern frei, auch ungeheilte und unheilbare Kranke jederzeit der Anstalt zu entnehmen und kein Anstaltsarzt wird dagegen Einspruch erheben. Es ist übrigens genugsam bekannt, dass gegen Entlassungen nicht geheilter Kranker von den Angehörigen und selbst von Be-

*) Rundschreiben des Ministerpräsidenten als Leiter des Justizministeriums vom 18. X. 02 an die Oberlandesgerichtspräsidenten.

hörden mehr Schwierigkeiten gemacht werden als von den Anstaltsärzten.

Wenn, wie Dr. Salgó uns entgegenhält, es vorkommen mag, dass auch erfahrene Fachmänner bei bestem Wissen und Gewissen irrthümliche oder divergirende Anschauungen über einen gegebenen Fall vertreten haben, so ist doch damit noch nicht erwiesen, dass Anstaltsärzte die Interessen der ihnen anvertrauten Kranken in erster Linie auch den Rechtsschutz der persönlichen Freiheit ausser Acht gelassen haben. Zudem muss hervorgehoben werden, dass psychiatrische Irrthümer an die Zahl der Rechtsirrthümer nicht heranreichen, abgesehen davon, dass die aus ersteren sich ergebenden Folgen, wie Entmündigung, von keiner so schweren oder hervorragenden Bedeutung sind als die letzteren.

Prof. Dr. Kraepelin hat sogar Gelegenheit gehabt, 6 Jahre hindurch alle seine Kranken ohne irgend welche Papiere aufzunehmen, und sind ihm nach seinem Geständnisse keine nennenswerthen Unzuträglichkeiten daraus erwachsen. (Siehe Lehrbuch der Psychiatrie, 1899. 6. Auflage, I. Band, Seite 346.) Er knüpft daran den Satz: „Freilich ist die Verantwortlichkeit für den Irrenarzt selbst unter diesen Umständen eine viel grössere, als wenn er sich überall auf gesetzliche Vorschriften berufen kann, **aber er ist als Sachverständiger auch am meisten dazu befähigt, sie zu tragen, und die Kranken befinden sich dabei ohne Zweifel am wohlsten.**" Wir halten entgegen von Prof. Kraepelin die Erledigung aller Förmlichkeiten bei Aufnahme eines Kranken nicht blos „in allen schwierigen Fällen", sondern überhaupt in allen Fällen dringend wünschenswerth, schliessen uns aber vollends seinen Anschauungen über eine Erschwerung der Aufnahmen in die Anstalten an, worüber Kraepelin sich folgendermaassen an gleicher Stelle äussert: „Man versuche aber die Durchführung einer solchen „Reform" auch nur ein einziges Jahr lang wirklich in irgend einem Landestheile, so werden die papierenen Verbesserungsvorschläge schneidiger Juristen und ihrer sachverständigen Halbirrenärzte von einem Sturme der Entrüstung über die mangelhafte Irrenfürsorge hinweggefegt werden. Es bedarf nur eines Blickes in unsere Tageszeitungen, um einen klaren Begriff von der Grösse des Unheils zu gewinnen, welches noch jetzt tagtäglich Geisteskranke in der Freiheit über sich und ihre Umgebung heraufbeschwören. Rechtzeitige Fürsorge für diese Unglücklichen könnte ohne Zweifel einen grossen Theil der sich immer wiederholenden Selbstmorde, Familientödtungen, Angriffe, Brandstiftungen, der Geldverschleuderungen und geschlechtlichen Ungeheuerlichkeiten verhüten, die wir als etwas ganz Selbstverständliches hinzunehmen pflegen. Wer den traurigen Muth findet, diese unerschöpfliche Summe menschlichen Elends noch vergrössern zu wollen, der beweist dadurch nur, dass er keine Ahnung von dem zerstörenden Einflusse besitzt, den schon ein einzelner Geisteskranker auf die Familie ausübt, die für ihn zu sorgen gezwungen ist. Gewiss sind nicht alle Geisteskranke gefährlich, aber es giebt wenige, die es nicht einmal werden können. Ich habe daher auch überall die Schwierigkeiten grösser gefunden, unheilbare, halbwegs entlassungsfähige Pfleglinge wieder los zu werden, als gemeingefährliche Kranke gegen ihren Willen in der Anstalt festzuhalten".

Es ist auch keineswegs klargelegt, wieso der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit durch die Anstaltsärzte gefährdet sein sollte, oder wie durch die Beiziehung der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige die Gefahr einer Entmündigung, welche doch ein Gerichtsverfahren ist und nicht vom Anstaltsarzt verhängt wird, vergrössert sein soll. Noch weniger scheint uns erwiesen, dass der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit und die fachwissenschaftliche Grundlage im Entmündigungsverfahren durch die Beiziehung praktischer Aerzte, welche mit der Psychiatrie ungenügend oder gar nicht vertraut sind, besser bestellt sein sollte. Prof. Kraepelin schreibt in seinem Lehrbuche (I. Band, S. 301), wo er der Einführung der Psychiatrie als obligatorischer Prüfungsgegenstand das Wort redet: „Dann endlich wird auch der empörende Unfug aufhören, dass tagtäglich Aerzte als Sachverständige auftreten und gehört werden in Fragen, von deren Bedeutung sie auch nicht die leiseste Kenntniss haben, dass sie für befugt erachtet, ja unter Umständen gezwungen werden, ohne weiteres über die Einbringung in Irrenanstalten, über Entmündigungen, über Zurechnungsfähigkeit rechtsgültige Gutachten abzugeben".

Von den zustehenden Behörden wurde uns übrigens wiederholt bekannt, wie unzufrieden sie mit den Ergebnissen der Neuerung, mit der Begutachtung durch Nicht-Anstaltsärzte sind. Belege hierfür anzuführen erschiene uns kleinlich, wiewohl wir über die Art und die Resultate der jetzigen Expertise die haarsträubendsten Dinge zu berichten wüssten.

Wie sehr auch die Gerichte das Missliche der geschaffenen Lage zu umgehen und zu bessern suchen, mag daraus entnommen werden, dass sie an die Anstaltsärzte noch vor Tagung der gerichtlichen Constatirungs-

commission Fragen stellen, über das Betragen des Kranken, ob eine acute oder chronische Geistesstörung vorliege und in welcher Zeit Heilung zu erwarten sei. Nachdem aber die Beantwortung solcher Fragen nur auf Grund unseres Fachwissens in Form gutachtlicher Aeusserungen geschehen kann, haben wir deren Beantwortung unter Hinweis auf den Ministerial-Erlass abgelehnt und erklärt, dass den Behörden in der Fragestellung an die Anstaltsärzte kein weiteres Recht mehr zustehe, als es in unserer Pflicht zur Zeugenaussage gelegen ist. Darauf wandten sich zwei Gerichte Beschwerde führend vergeblich an den Landesausschuss unter dem Hinweis um Hilfe, „sie hätten von den Anstaltsärzten kein formelles Gutachten, sondern nur die Beantwortung von für die Expertise zweckdienlichen (allerdings!) Fragen verlangt, welche den Zweck gehabt hätten, die kostspieligere gerichtliche Constatirungs-Commission eventuell vermeiden zu können".

Wenn aber der Ministerial-Erlass den Rechtsschutz der persönlichen Freiheit im Auge zu haben scheint, und die bisherige Befugniss der Anstaltsärzte der strengsten Controlle unterworfen wissen will, so klingt die Aeusserung der erwähnten Bezirksgerichte, „um die kostspieligere gerichtsärztliche Untersuchung des Geisteszustandes allenfalls vermeiden zu können" zum Gelindesten sehr unjuristisch, da doch der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit weder von der Zeitdauer des Aufenthaltes einer Person in der Irrenanstalt, noch weniger vom Kostenpunkte abhängig gemacht werden darf.

Wir haben uns bisher auch geweigert, den begutachtenden Aerzten unsere Krankengeschichten zur Verfügung zu stellen und können dies vollends rechtfertigen. Wenn auch die Zuschrift des Justizministeriums besagt, die Krankengeschichten würden zum Zwecke für die Behörden angelegt, so ist dies eben eine Meinung, die wir als Nicht-Ministerialbeamte nicht theilen müssen. Die Krankengeschichten sind das geistige Eigenthum der Anstaltsärzte, tragen in allen ihren Theilen das Gepräge ihres Fachwissens, ja sie sind gewissermaassen nur durch dieses ermöglicht. Eine Einsichtnahme in die Krankengeschichten kommt darum indirect einer Vernehmung der Anstaltsärzte als Sachverständige gleich. Die Krankengeschichten können darum nicht einfach als Zeugenmateriale angesehen werden, in welches Einsicht zu nehmen die Behörden auf Grund unsrer Staatsbürger-Pflicht zur Zeugen-Aussage ohne weiteres ein Recht haben. Und wenn sich gegenüber einer solchen Stellungnahme ein Justizministerial-Beamter zur Aeusserung veranlasst gesehen hat, „wir würden zur Herausgabe der Krankengeschichten mit seiner Macht gezwungen werden", so ist uns dies nur ein Beweis, dass bisher ein solch unbedingtes Recht den Behörden nicht zusteht. Es wirft übrigens ein eigenartiges Licht auf das unbegrenzte Uebergewicht der Juristen im modernen Staate, wenn sie einfach, wo ihnen das Recht fehlt, ihre Macht als Argument in das Feld führen. Wir getrauen uns dieses Argument nicht bis zu seinen letzten Consequenzen zu verfolgen, sind aber der Ueberzeugung, dass die Nicht-Juristen in der Gesellschaft, welche denn doch nicht gerade in allem die von jenen Geführten sein müssen, unter einem gewissen zu weit gehenden Ueberdruck der Juristen stehen. Wenn wir schliesslich in der Sache unterliegen sollten, so werden wir vom erhebenden Bewusstsein getragen, dass wir mehr der Macht als dem Recht gewichen sind.

Ueberdies dürfen nach den Intentionen des Erlasses die Krankengeschichten der Anstaltsärzte für die begutachtenden Aerzte nicht jene volle objective Sicherheit bieten, dass dieselben für deren Gutachten von entscheidendem Belange sind. Die auswärtigen Aerzte werden vielmehr gezwungen sein, erst auf Grund wiederholter, eingehender eigener Beobachtung ihr Gutachten abzugeben und nicht bei der eigenen Unkenntniss der Verhältnisse die Krankengeschichten einfach abschreiben, abgesehen davon, dass sie ja durch dieselben auch irre geführt werden könnten. Dann wird es sich aber auch viel objectiver und sicherer zeigen, dass deren gutachtliche Leistungen in keinem Falle jene wissenschaftliche Höhe und objective Sachlichkeit erreichen, wie diese bisher bei den Gutachten der Anstaltsärzte die volle Anerkennung der Gerichte gefunden haben. Und darauf kommt es doch in erster und letzter Linie an.

Aber auch der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit wird durch den Erlass kaum gesicherter sein, als er es bisher schon war, da, abgesehen von bereits Besprochenem, auch durchaus nicht einzusehen ist, wieso practische Aerzte ungesetzlichen und strafbaren Einflüssen zu Gunsten einer Person oder Sache weniger ausgesetzt sein sollten als Anstaltsärzte.

Aus allem geht hervor, dass der Justiz-Ministerial-Erlass einem unglücklichen Schein-Manöver gleichkommt. Die Anstaltsbeobachtung soll, wie auch Docent Dr. Salgó hervorhebt, „das Substrat für das gerichtliche Urtheil" abgeben und „die gerichtsärztliche Untersuchung durch Nicht-Anstaltsärzte nur die Flagge, unter welcher

das Verfahren weiter fortgeführt wird." Jenes Publikum aber, welches „aus Misstrauen und Bosheit" gegen die Anstaltsärzte Recriminationen wegen ungerechtfertigter Internirung erhebt und dem zu Liebe die neue Regelung gleichsam als behördliche Sanktionirung dieses Vorurtheiles anscheinend erfolgte, wird alsbald über den geschaffenen Schein hinwegsehen und seine aus den nie versiegenden Quellen „des Misstrauens und der Bosheit" fliessenden Anschuldigungen gegen „die neue Flagge" um so sicherer erheben, als sie die alte sturmerprobte Fahne der Anstalts-Veteranen mit ministerieller Hilfe in den Koth gezogen. Nachdem das Justizministerium der Scylla ihr geneigtes Ohr geliehen, wird es in gleicher Consequenz auch der Charybdis nicht mehr länger widerstehen können. Denn andererseits werden immer wieder mehr Stimmen und Beschwerden laut, welche die Anstaltsärzte anklagen, dass sie ihre Kranken allzu früh wieder „auf das Publikum loslassen." Der Director der Wiener Irrenanstalt Dr. Tilkowsky musste beim VIII. internationalen Antialkohol-Congress in Wien (1901) so manchen diesbezüglichen schweren Vorwurf auch von Seite der Juristen hören. In gerechter Würdigung auch solcher Recriminationen wird das Justiz-Ministerium nicht umhin können und auswärtige Aerzte bestellen müssen, welchen die Aufgabe zufällt, jeden von den Anstaltsärzten zur Entlassung vorgeschlagenen Kranken gutachtlich überprüfen zu lassen. Dann ist vielleicht jenes von Dr. Salgó ersehnte Ziel erreicht und der Anstalts-Psychiater ein fachwissenschaftlicher Irrenpfleger geworden. Aber auch dann wird jenes „aus Misstrauen und Bosheit" schöpfende Publikum nicht befriedigt sein, denn heute schon hören wir Stimmen, auch von Juristen, laut werden, welche die Beiziehung von Laien zur Constatirungs-Commission verlangen, ähnlich wie bei den Geschworenen-Gerichten; dann werden wir glückliche Psychiater jene Scenen mit dem von Prof. Kraepelin erlebten Ausspruch dieser Sachverständigen: „Den Mann nehmen wir mit, der ist gescheidter als wir sind", an der Tagesordnung finden und die Constatirungs-Commission wird in hohnlachendem Jubel auf die Anstaltsärzte mit dem ihnen entrissenen Opfer von dannen ziehen.

Dass der Justiz-Ministerial-Erlass in der Sache keine Besserung in sich schliesst, hat auch Dr. Salgó wesentlich anerkannt, indem auch er glaubt, dass „eigentlich die Anstaltsbeobachtung das Substrat für das gerichtliche Urtheil und die gerichtsärztliche Untersuchung nur die Flagge abgiebt, unter welcher das Verfahren weiter fortgeführt wird". Seine falsch gezogenen Schlüsse und seine irrthümliche Anschauung, „dass mit der Frage der Geistesstörung die der zwangsweisen Detenirung unlösbar verknüpft sei", hat indessen von Docent Dr. Weygandt (s. Nr. 29 dieser Wochenschr. I. J.) die gebührende Würdigung gefunden, dessen Ausführungen ich mich nur anschliessen kann.

Geradezu herausfordernd ist, was Dr. Salgó über die forensische Psychiatrie sagt. Es heisst die ganze Entwicklung derselben nicht kennen, wenn er glaubt, dass die Psychiatrie sich selbst eine forensische Nebendisciplin geschaffen habe. Nicht der Arzt ist es, welcher in einem gegebenen Strafrechtsfall sich mit seinem Wissen und seiner Anschauung an den Richter herandrängt, sondern der Richter beruft im Gefühle der durch seinen Studiengang gegebenen eigenen Unzulänglichkeit für die Beurtheilung einer Individualität den fachwissenschaftlichen Sachverständigen, den Psychiater. Es darf dabei auch nicht übersehen werden, dass die sonst nicht allzu bescheidenen Juristen nicht über eigenen Antrieb allein zur Anhörung von Sachverständigen sich herbeigelassen haben. Hierbei spricht eben auch die gesammte Gesellschaft als solche mit, welche auf die Fortschritte in allen Wissensgebieten Bedacht nimmt und ihnen, wenn rechtsdienlich, gesetzlichen Ausdruck zu verleihen strebt. Die solchermaassen aus der Gesellschaft herausgewachsenen Gesetze erweisen sich als eine lebenskräftige Wohlthat für die Gesellschaft, machen sie frei, während rein juristische Schöpfungen, welche nicht der Volksseele entsprossen sind, jener nur einen unleidlichen Zwang anthun und infolge Mangel für deren Verständniss wieder verkümmern. Ist schon der Arzt überhaupt zum Verständniss und zur Beurtheilung menschlicher Dinge gemäss seinem Studiengang unter allen gebildeten Ständen am besten befähigt, so ist es in ganz besonderem Maasse der Psychiater. Die Gesellschaft braucht darum auch unsere Mitarbeit, und es ist unsere Pflicht, allen menschlichen Dingen unser Augenmerk zuzuwenden, unser Wissen und unsere Erfahrung nicht bloss bei den uns anvertrauten Kranken anzuwenden, sondern der ganzen Gesellschaft als solchen dienstbar zu machen. Mag darum auch Dr. Salgó sich in resignirter Ruhe bescheiden, wir werden es uns nicht nehmen lassen, im Sinne von Möbius an der Entwicklung und dem Aufbau der Psychiatrie mitzuwirken, auf dass der Psychiater zum Richter in allen menschlichen Dingen, zum Lehrer des Juristen und Theologen, zum Führer des Historikers und des Schriftstellers werde.

Nach diesen Darlegungen müssen wir mit Bedauern noch auf einen besonderen Umstand hinweisen. Bei den im Laufe dieses Jahres tagenden Enquête-Berathungen zur Schaffung eines neuen Irrengesetzes waren die Meinungen der hierzu Berufenen über die Beiziehung der Anstaltsärzte zur Expertise über Kranke in den Irrenanstalten getheilt. Soviel uns bekannt, waren in die Enquête drei Anstaltsdirektoren und vier bezw. fünf Professoren berufen. Zur Annahme gelangte der Antrag von Prof. Dr. v. Wagner, der dahin ging, dass „die zur Untersuchung beizuziehenden Aerzte nicht Aerzte der Irrenanstalt, wenigstens nicht derselben Irrenanstalt, in der die Untersuchung stattfindet, sein sollen, aber wirkliche Sachverständige sein müssen". Von solchen Sachverständigen verlangt Prof. v. Wagner eine 4jährige Ausbildung auf Irrenklinik oder Anstalt. Eine andere Begründung hierfür als die des verstorbenen Professor Dr. Schlager wurde, soweit uns bekannt, nicht angeführt. Auch ist keine Erwähnung, wie es bei den Irrenkliniken gelten soll, ob auch die Psychiater der Klinik von der Begutachtung ihrer Kranken ausgeschlossen sein sollen. Es soll somit unverkennbar ein doppelter Standpunkt gelten: die Anstaltsärzte sind von der Expertise auszuschliessen, so bestimmt es auch der Erlass und begründet dies damit, „dass die Beiziehung der Anstaltsärzte naturgemäss bei Gesunden und Kranken zur Annahme führe, dass die Sachverständigen wegen ihrer Beziehungen zur Anstalt nicht unbefangen seien", und von der Irrenklinik ist nirgends die Rede. Haben vielleicht die Psychiater an den Kliniken keine Beziehung zu ihrer Klinik, welche den Schein des „Nichtunbefangenseins", der Befangenheit über sie legen könnte? Wir glauben, dass zwischen den Psychiatern an den Kliniken und ihrer Klinik ebensolche Beziehungen bestehen müssen, wie zwischen den Anstaltsärzten und den Irrenanstalten. Sollte dem aber nicht so sein, so könnte der Grund dazu nur in Zweifachem liegen: Die Verhältnisse an den Kliniken müssten anders geartete sein, als die einer Irrenanstalt; dann verlangen wir: man stelle die Irrenanstalten auf die gleiche oder eine ähnliche Rechtsgrundlage wie die Irrenkliniken, damit auch von uns der Schein der Befangenheit hinweggenommen werde; oder aber die Psychiater an den Kliniken müssten wesentlich andere Menschen sein als die Psychiater an den Irrenanstalten. Wieso dies? Sind denn nicht schon häufig Anstaltsärzte Professoren der Klinik geworden? Haben nicht sehr viele Professoren der Psychiatrie als Anstaltsärzte ihre Laufbahn begonnen und als solche auch als psychiatrische Experten fungirt? Gewiss. Die Professoren v. Wagner und Pick, welche die neuen Enquête-Vorschläge geschaffen haben, werden diesen Beginn ihrer Laufbahn noch im Gedächtniss haben. Ja, von Prof. Pick ist uns berichtet worden, dass er seinerzeit als Direktor in Dobran gegen den dortigen Stadtarzt, welcher sich für die Expertise in der Anstalt meldete, Stellung genommen hat. Nun fragen wir diese Herren, welche inneren und äusseren Wandlungen muss so ein Anstaltsarzt, dem infolge seiner Beziehung zur Anstalt Befangenheit anhaften soll, durchmachen, um dieselbe auf dem Wege von der Irrenanstalt bis zum akademischen Katheder abzustreifen? „Es soll einerlei Recht sein für Jedermann" sagte unser Justizminister Dr. v. Körber.

Nach unseren Ausführungen vermögen wir in der Expertise durch die Anstaltsärzte keine Gefahr für den Rechtsschutz der persönlichen Freiheit zu erkennen. Die Expertise ist ein Gerichtsverfahren und schliesst das richterliche Urtheil, dem „das aus dem Geiste der Gerechtigkeit fliessende Recht als Richtschnur gilt", jedes incorrecte Vorgehen aus. Der Richter ist durch seinen Studiengang veranlasst, gar häufig Sachverständige zu Rathe zu ziehen. Dass er in seinem gesetzlich gewährleisteten Rechte zur freien Wahl der Experten nicht beschränkt werde, liegt im Interesse einer guten, einwandsfreien Rechtspflege. Je mehr „der Richter frei nach dem Geiste des Gesetzes zu entscheiden berufen ist" und je weniger er ein Automat der starren Paragraphe sein darf, desto zuverlässiger muss im gegebenen Falle die Erforschung der Individualität durchgeführt werden. Dass sich hierfür die Anstaltsärzte als geeignete, „vollkommen befähigte und erprobte" Sachverständige bewährt haben, wurde auch von den Gerichten bisher rückhaltlos, ja lobend anerkannt. Es muss als bedenklich erscheinen, an deren Stelle wissenschaftlich unzulängliche und bezüglich der „aus Misstrauen und Bosheit" fliessenden Anschuldigungen keineswegs einwandsfreiere Sachverständige heranzuziehen, und ein richterliches Urtheil muss als unsicher bezeichnet werden, wenn seine Voraussetzungen auf schwankendem Boden gegründet sind. Wenn der Justiz-Minister Dr. v. Körber sagt: „Wer kein ganzer Richter sein kann, ist besser keiner", so sagen wir: „Wer kein ganzer Sachverständiger sein kann, ist besser keiner".

Die Quellen „des Misstrauens und der Bosheit", aus denen gegen die Irrenärzte unbegründete Recriminationen erflossen sind, wird auch der neue Erlass nicht zum Versiegen bringen. Durch ein solch schwäch-

liches Nachgeben der berufenen Kreise wird jenen der Schein der Berechtigung amtlich aufgedrückt, der noch bösere Früchte zeitigen wird und gegen den wir energisch protestiren müssen.

Wir Psychiater von Beruf werden indessen ungehindert durch juristische Missgriffe dahin streben müssen, dass die von Director Dr. Frank in seinem Aufsatze: „Strafrechtspflege und Psychiatrie" (s. diese Wochenschrift 1901, No. 37, S. 359) gekennzeichneten Ziele erreicht werden.

Skizze des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben.

Von Dr. *Ernst Kalmus*, k. k. Polizeiarzt in Prag.

(Schluss.)

Hier sei noch hervorgehoben, dass an massgebender Stelle, speciell bei den Staatsbehörden, die volle Einsicht betreffs der bestehenden Uebelstände besteht und der Irrenfürsorge vollste Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Staat hat zunächst durch Aufnahme der Psychiatrie als obligaten Prüfungsgegenstand in die neue Rigorosenordnung, für eine bessere und allgemeinere Ausbildung der Aerzte gesorgt und dadurch indirect einen bedeutenden Fortschritt in der Irrenfürsorge angebahnt. Weiteres fanden im Frühjahre d. J., wie ich theils aus Zeitungsnotizen, theils aus frdl. Mittheilungen Prof. Wagners von Jauregg in Wien, ersehen, Berathungen in den Ministerien statt, welche sich mit der Irrenfürsorge, insbesondere der Frage der Unterbringung crimineller Geisteskranker, den Aufnahmsbedingungen in Irrenanstalten, der Entmündigung, der Irrenstatistik, beschäftigen.

Auch die staatlichen Landesbehörden Böhmens haben schon seit längerer Zeit der Irrenfürsorge Böhmens ihre Aufmerksamkeit zugewendet. Schon im letzten im Drucke erschienenen Sanitätsberichte, über die Jahre 1896—98, führt Hofrath Pelc, der derzeitige Sanitätsreferent der Statthalterei, bezüglich der Irrenfürsorge an der Hand der Zahlentabellen ungefähr folgendes aus:

Diese Verhältnisse (der grosse Ueberbelag in Prag und Dobran) hängen einerseits mit der immer mehr angesuchten Hospitalisirung der Kranken, mit der bessern Evidenz und der grösseren Verbreitung der Geisteskrankheiten zusammen, andererseits sind sie darin begründet, dass für die Unterbringung von Irrensiechen, Alkoholikern und Epileptikern in auswärtiger Pflege im Lande keine Vorsorge getroffen ist und diese Kranken, nebst den periodischen Formen in Irrenanstalten zurückbehalten werden müssen.

Namentlich auf den psychiatrischen Kliniken war, wie der Bericht weiter sagt, die Ueberfüllung eine solche, dass schon in den Jahren 1897 und 1898 die Aufnahme wiederholt sistirt werden musste. Uebrigens steht durch Uebergang der Sluper Gründe noch eine Reducirung des Raumes in der Prager Irrenanstalt bevor. —

Weiteres fordert der Bericht eine weitere Ausgestaltung der Irrenfürsorge überhaupt, welche sich nicht nur auf Schaffung weiterer Belegräume beschränken dürfe, sondern auch für Colonisirung und familiäre Verpflegung der Geisteskranken zu sorgen hätte.

Er bespricht dann noch die Verhandlungen, welche bezüglich der neu zu errichtenden psychiatrischen Kliniken in Prag schweben. Diese sollen auf dem Platze der IV. Abtheilung der Prager Irrenanstalt, (dem sogen. alten Gebärhause) errichtet werden. Der Bericht giebt der Erwartung Ausdruck, dass dieser Bau in den nächsten Jahren thatsächlich ausgeführt und hierdurch einem allseitig empfundenen Mangel in der Irrenanstalt für die Dauer abgeholfen werden wird.

Auch die autonomen Landesbehörden erkennen die Unzulänglichkeit der bestehenden Einrichtungen für Geisteskranke an, wie u. a. die Berathungen der Budgetkommission des Landtages (Ref. Dr. Zintl) und die Ausführungen des San.-Referenten Dr. Gréger des Landesausschusses im Juli d. J. beweisen und es besteht, so weit ich mich informiren konnte, die Absicht, an Stelle der Prager Anstalt eine grosse, etwa 2000 Kranke fassende Irrenanstalt zu errichten. Es dürften hierbei wohl mehr administrative und finanzielle als ärztliche Gründe maassgebend gewesen sein. Uebrigens verweise ich auf die Ausführungen Starlinger's, im Heft Nr. 9 der Psychiatrischen Wochenschrift bezw. die dort citirten Artikel, wonach es den Anschein hat, als ob auch die Aerzte sich mit den „grossen" Anstalten werden abfinden müssen.

Habe ich im Bisherigen nur von den in Irrenanstalten verpflegten bezw. zu verpflegenden Geisteskranken gesprochen, so sei auch noch kurz der ausser-

halb der Anstalten befindlichen Geisteskranken Erwähnung gethan.

Diese werden, soweit es geht, von den Bezirkshauptmannschaften in Evidenz gehalten u. z. auf Grund von Ausweisen der Gemeindevorsteher. — Die Gesammtsummen der in Evidenz befindlichen schwankten in den letzten Jahren um 5000 Geisteskranke in ganz Böhmen; betrugen im Jahre 1901 4999, davon 414 in Versorgungsanstalten untergebracht, während 4585 sich in Privatpflege meist bei ihren Angehörigen befanden. — Dazu kommen noch etwa 2000 Cretins.

Es ist wohl selbstverständlich, dass diese Zahlen nicht den Thatsachen entsprechen und die Zahl der wirklich vorhandenen Geisteskranken bedeutend grösser ist. Dies erhellt schon aus dem Volkszählungsresultat vom Jahre 1890, das in Böhmen 10368 Irre und 2651 Cretins ergab. Für dieses Jahr betrug das **2,22 $^0/_{00}$**.

Die psychiatrischen Ergebnisse der Zählung von 1900 liegen leider noch nicht vor. Doch ist die Prozentzahl gewiss noch grösser geworden; — aber selbst wenn man nur nach diesem die Zahl nach der Bevölkerungsziffer vom December 1900 berechnet, ergiebt das 13 899,6 also rund 13 900 Geisteskranke in Böhmen, von denen aber nur 11 693 in Evidenz waren u. z. 6694 in Anstalten und

4999 nicht in Irrenanstalten verpflegte

11 693.

Es existirt diese Unmöglichkeit der genauen Evidenzführung ja nicht nur in Böhmen, sondern ganz allgemein und ich möchte diesbezüglich Dr. Scholz zustimmen, der in seiner Brochüre: Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine, wohl mit Recht behauptet, dass selbst die tactvollst vorgehende Behörde kaum zu einer verlässlichen Evidenzliste aller in einer Gemeinde wohnhaften Geisteskranken kommen kann und dass eher im Wege der Vertrauensmänner von Irrenhilfsvereinen etwas zu erreichen wäre.

Uebrigens beschäftigt sich die schon erwähnte Enquête im Ministerium auch mit der Frage der Evidenzhaltung der Geisteskranken und es ist auch wohl zu hoffen, dass die allmählich besser werdende psychiatrische Ausbildung der Aerzte bald zur richtigeren Kenntniss der wirklich vorhandenen Geisteskranken und ihrer Zahl führen wird.

Fasse ich das bisher allerdings nur in groben Zügen skizzirte über die Irrenfürsorgeverhältnisse in Böhmen zusammen, so ergeben sich folgende Wünsche und zwar nicht nur im Interesse der Geisteskranken selbst, sondern auch ihrer oft so hart mitbetroffenen Angehörigen, sowie in weiterer Folge auch der gesammten Bevölkerung des Landes:

I. Dem Mangel einer Beobachtungsstation für Geisteskranke und Irrsinnsverdächtige in Prag, möge zunächst durch Errichtung selbstständiger Gebäude für die beiden psychiatrischen Kliniken ehethunlichst Rechnung getragen werden.

Inwieweit hier auch criminelle Geisteskranke Aufnahme finden sollen oder ob nicht für solche eine eigene Beobachtungsabtheilung etwa in engerem Contacte mit der Polizei- bezw. Strafbehörde errichtet werden sollte, möge gleichzeitig mit der Feststellung der Aufnahmsmodalitäten für die psychiatrischen Kliniken in Berathung gezogen werden.

II. Der immer unerträglicher werdenden Ueberfüllung in der Prager Irrenanstalt möge durch schleunigste Errichtung einer, eventuell zweier neuer Irrenanstalten in der Nähe von Prag begegnet werden.

Diese Anstalt, bezw. diese Anstalten müssten zusammen für mindestens 2000 Kranke Platz bieten, da eine Verringerung der Plätzezahl in der Prager Anstalt schon für das Jahr 1904 bevorsteht, in welchem Jahre die Sluper Gründe in den Besitz des Staats übergehen und eine weitere Einengung auch dadurch zu erwarten ist, dass die psychiatrischen Kliniken auf einem Theile der Gründe der bisherigen Irrenanstalt (an Stelle des sogenannten „alten Gebärhauses") errichtet werden sollen. — Vom ärztlichen Standpunkte scheint die Errichtung zweier Anstalten zu je 1000 Betten zweckmässiger, als die einer grossen, ärztlich nicht mehr zu übersehenden Anstalt von etwa doppeltem Belagraum. Diesem Standpunkte scheint in der seither stattgehabten Sitzung des Landesausschusses Rechnung getragen worden zu sein.

III. Mit Erfüllung der sub I und II angeführten, wohl allgemein anerkannten Forderungen, welche den jetzt schon grossen Aufwand für Irrenanstalten (2 800 527 Kronen nach dem Voranschlage für 1902) bedeutend steigern würde, wäre jedoch nur ein Schritt vorwärts gethan. — Von den meisten Fachleuten wird heute wohl mit Recht behauptet, dass eine „irgendwie ausreichende Irrenversorgung eines Landes nicht gewährleistet werden kann, so lange nicht für Zwecke der Anstaltsversorgung 2 Plätze in eigentlichen Irrenanstalten auf 1000 Menschen der Bevölkerung kommen." — Für Böhmen würde das 12000 Plätze bedeuten; es ergiebt dies selbst nach Erfüllung der obgenannten Forderungen noch einen Mangel von über 6000 Plätzen für Geisteskranke.

IV. Da bei den gegenwärtigen Verhältnissen aus öffentlichen Mitteln derartige grosse Lasten vom Lande nicht aufgebracht werden können, wäre es wünschenswerth, dass, wie in anderen Ländern, auch in Böhmen Irrenhilfsvereine entstünden, welche sich der nicht in Anstalten unterzubringenden Geisteskranken werkthätig annehmen müssten, aber auch sonst das Irrenwesen im Lande nach Kräften zu fördern hätten.

V. Was die für specielle Kategorieen von Geisteskranken bestimmten Anstalten betrifft, so hat Böhmen nur eine einzige derartige Anstalt: Es ist die vom St. Anna-Frauenvereine erhaltene Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige auf dem Hradschin in Prag.

So anerkennenswerth die mehr als 25 Jahre zurückreichenden Bestrebungen dieses Vereines sind, der im Jahre 1901 schon 102 Zöglinge (davon 27 auf Landeskosten) verpflegte — so wäre hier wohl eine ausgiebigere öffentliche Fürsorge wünschenswerth u. z. wie ich glaube, in dem Sinne, dass man möglichst viele in eigenen Anstalten unterbringt.

Dieser Modus der Versorgung der Schwachsinnigen ist, wie u. a. Kraepelin in seinen „psychiatrischen Aufgaben des Staates" (pag. 17) hervorhebt, schon mit Rücksicht auf die dadurch gegebene Verhütung der Fortpflanzung derartiger Kranker der zweckmässigste und eben aus diesem Gesichtspunkte betrachtet, nach den Ausführungen des niederösterreichischen Landesausschussmitgliedes Gerenyi auf dem letzten (VIII.) Antialkoholcongresse in Wien, durchaus nicht der theuerste. — Für bildungsfähige Schwachsinnige wären „Hilfsschulen" zu errichten.

Zwei weitere Arten von Special-Anstalten fehlen in Böhmen derzeit noch vollständig, trotzdem von ärztlicher Seite schon wiederholt auf ihre Nothwendigkeit hingewiesen wurde:

Ich meine die Anstalten für Epileptiker und Alkoholiker.

Bezüglich der ersteren hat Prof. A. Pick in einem Artikel der „Bohemia", vom 22. October 1901, sich sehr warm für die Errichtung von Epileptikercolonien eingesetzt.

Bezüglich der Trinkerheilanstalten und Trinkerasyle wurden im Vorjahre verschiedene Vorschläge vom Landescomité zur Vorbereitung des VIII. internationalen Antialkoholcongresses ausgearbeitet.

Wie nothwendig beide Kategorieen von Anstalten wären, geht wohl schon daraus hervor, dass Prof. Pick die Zahl der Epileptiker in Böhmen auf 12 bis 15000 schätzt, während durch die Erhebungen im Vorjahre über 25000 notorische Trinker in Böhmen sichergestellt wurden.

Ich glaube, durch meine kurze Darstellung gezeigt zu haben, dass Behörden und Aerzte in Böhmen bemüht sind, den grossen Anforderungen der Irrenfürsorge im weiteren Sinne des Wortes gerecht zu werden, dass trotz schwieriger Verhältnisse Manches geleistet wurde, dass aber noch Vieles zu thun übrig bleibt. Möge wenigstens das Nothwendigste bald gethan werden.

Litteratur.

1. Bericht über die sanitären Verhältnisse und Einrichtungen des Königreiches Böhmen in den Jahren 1896—98, verfasst von Dr. Ignaz Pelc, k. k. Hofrath und Landessanitätsreferenten, Prag 1900. Verlag der k. k. Statthalterei.
2. Derselbe Bericht über das Jahr 1900, (lithographirt, nicht im Drucke erschienen).
3. Bericht des Landesausschusses des Königr. Böhmen. I. Bericht über die Königl. böhm. Landesirrenanstalten für das Jahr 1897.
4. Jahresbericht des St. Anna-Frauenvereines, Gründers und Erhalters der Lehr- und Erziehungsanstalt für Schwachsinnige (Idioten) in Prag, Hradschin Nr. 57. Prag 1899. Druck von Dr. Ed. Grégr.
5. Daimer. Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze. Leipzig u. Wien, Deuticke. 1896 u. 1898, I. u. II. Theil.
6. Scholz. Irrenfürsorge und Irrenhilfsvereine. Halle, Verlag von Marhold 1902.
7. Fischer. Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete d. Irrenfürsorge. München, Seitz & Schauer.
8. Kraepelin. Die psychiatrischen Aufgaben des Staates. Jena. Verlag von Fischer 1900.
9. A. Pick. Ueber die dringend nothwendige Fürsorge für Epileptische. Bohemia, 22. October 1901.
10. Annales medico-psychologiques. Paris 1885, pag. 242.
11. G. A. Tucker. Lunacy in many lands. Sydney, Charles Potter, Governement Printer 1887.
12. Dannemann. Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. Halle a. S., Verlag von Marhold 1901.
13. Landesvoranschlag des Königreiches Böhmen für das Jahr 1901. (V. Jahressession des Landtages des Königreiches Böhmen vom Jahre 1895. Druck III, Nr. 26, Ldtg).
14. Vorläufige Ergebnisse der Volkszählung.
15. Wien. Klin. Wochenschr. 1902. Verein f. Psychiatrie und Neurologie in Wien. pag. 27 u. 110.
16. Die Irrenfürsorge in Baden von Max Fischer, Illenau. Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift 1902, Nr. 8, 9, 10.

Mittheilungen.

— Programm der **70. ordentlichen General-Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Samstag den 15. November 1902, Nachmittags $1\frac{1}{2}$ Uhr in Bonn im Hôtel Kley.

1. Geschäftliche Mittheilungen. 2. Aufnahme neuer Mitglieder. Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. Borchert-Coblenz, Dr. Goerlitz-Düsseldorf, Dr. Hoffmann-Elberfeld, Dr. Rixen-Andernach, Dr. Schmidt-Düsseldorf, Kreisarzt. 3. Vorträge: a) Brosius-Sayn: Die Psychosen der Juden. b) Sauermann-Bonn: Zur Prognose und Therapie der Trunksucht. c) Schultze-Andernach: Casuistischer Beitrag zur Lehre der Augenmuskellähmung. d) Thomsen-Bonn: α) Zur circulären Psychose. β) Ueber Salzentziehungskuren. Gemeinschaftliches Mittagessen $4\frac{1}{2}$ Uhr.

Pelmann. Oebeke. Umpfenbach.

Auch der preussische Justiz-Ministerial-Erlass vom 7. October 02 wird in der Hauptversammlung zur Besprechung kommen.

— **Der preussische Justizministerial-Erlass vom 7. October 1902.**

Die „Nordd. Allg. Zeitung" schreibt:

„Die Presse hat sich in letzter Zeit mehrfach mit einer Allgemeinen Verfügung des Justizministers vom 1. Oktober 1902 über die Zuziehung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren beschäftigt und darin eine Anordnung der Justizverwaltung gefunden, dass fortan statt eines erfahrenen Psychiaters der Kreisarzt als Sachverständiger zugezogen werden solle. Diese Auffassung ist irrthümlich. Der Justizminister hat seinerseits keine Anordnung getroffen, vielmehr nur auf Anregung des preussischen Medicinalbeamtenvereins und nach Benehmen mit der Medicinalverwaltung die Gerichte auf die Sachlage hingewiesen, welche durch das am 1. April 1901 in Kraft getretene Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes u. s. w., vom 16. September 1899 gegeben ist. Nach § 653 Abs. 2 der Zivilprocessordnung kommt für die Vernehmung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren der § 404 Abs. 2 desselben Gesetzes zur Anwendung. Hiernach sollen, wenn für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt sind, andere Personen nur dann vom Gerichte gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern. Da nach § 9 des Gesetzes vom 16. September 1899 der Kreisarzt der Gerichtsarzt seines Bezirkes, d. h., wie sich aus der Begründung zum Entwurfe des Gesetzes ergiebt, für diesen öffentlich bestellter ärztlicher Sachverständiger ist, so ist es eine gesetzlich vorgeschriebene Pflicht der Gerichte, ihn regelmässig auch im Entmündigungsverfahren zuzuziehen. Ob im einzelnen Falle in der hervorragenden psychiatrischen Befähigung eines anderen Arztes oder in sonstigen Verhältnissen ein „besonderer Umstand" zu finden ist, der eine Abweichung von der gesetzlichen Regel rechtfertigt, unterliegt lediglich dem Ermessen des Gerichts, welches die Allgemeine Verfügung vom 1. October 1902 nicht beschränkt und nicht hat beschränken wollen."

Wir möchten dazu noch Folgendes bemerken: § 404 der C. P.-O. lautet: „Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern". Wenn das Gesetz den Kreisarzt als Gerichtsarzt, d. h. als öffentlich bestellten ärztlichen Sachverständigen bezeichnet, so bleibt noch immer die Nothwendigkeit der Interpretation des Ausdrucks „für gewisse Arten von Gutachten". Nach obiger Auffassung müsste man darunter die auf sämmtliche medicinischen Fächer sich erstreckenden Gutachten verstehen. Der Kreisarzt wäre also für alle medicinischen Angelegenheiten „sachverständig". Diese Behauptung werden aber die Kreisärzte selbst nicht aufstellen wollen. Die einzelnen Zweige der medicinischen Wissenschaft haben trotz des festen inneren Zusammenhangs eine solche Ausdehnung erreicht, dass ein Genie dazu gehört, sie so zu beherrschen, dass Einer in allem vor Gericht als Sachverständiger gelten kann. Die logische Folge davon wäre, dass der Kreisarzt auch in seiner Privatpraxis — die Kreisärzte sind ja z. Thl. noch auf Praxis angewiesen, also vom Publikum nicht ganz unabhängig — als Specialarzt für jedes einzelne Fach der Medicin gilt. Sollte ein solcher Überarzt den Gesetzgebern vorgeschwebt haben? Die gesetzliche Pflicht der Gerichte, den Kreisarzt in allen medicinischen Angelegenheiten als Sachverständigen zu wählen, beruht also auf einer utopistischen Construction verschiedener medicinischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in einer Person. — Auch die Auffassung der preussischen Justizverwaltung, falls sie in der Nordd. Allg. Zeitung hinreichend zum Ausdruck kommt, dass die Abweichung von der „gesetzlichen Beweisregel" ins „freie Ermessen" des Richters gestellt wird, ist wohl nicht erschöpfend; über dem „freien Ermessen" steht doch ein höherer Begriff, nämlich die nicht blos technisch-juristische, sondern allgemein ethische Verpflichtung, zur Auffindung der Wahrheit den sichersten Weg zu wählen. — Alles in Allem sieht man, dass der erörterte Gegenstand eine weit über die Frage der Entmündigung hinaus in die

Rechtsprechung im Allgemeinen hineinreichende Bedeutung hat. —

Der „Strassburger Post" (1. 11. 02) wird „zur Frage der ärztlichen Sachverständigen bei Gericht" geschrieben:

Ein neuer preussischer Justizministerialerlass (vom 7. October) betreffend das Entmündigungsverfahren, macht, weil er allgemeine Interessen tangirt, eine öffentliche Besprechung nöthig. Nach diesem Erlasse sollen entgegen früheren Bestimmungen als Sachverständige im Entmündigungsverfahren nicht mehr die auf dem Gebiete der Irrenheilkunde erfahrensten, d. h. die Irrenärzte, sondern regelmässig die Gerichtsärzte (Kreisärzte), bezw. deren Assistenten gewählt werden. Was für Erwägungen dieser Aenderung zugrunde liegen, entzieht sich unserer Kenntniss. Es ist aber klar, dass damit der Sache selbst ein grosser Schaden zugefügt wird. Denn, auch die beste Ausbildung in den so verschiedenartigen Dienstzweigen beim Kreisarzte vorausgesetzt, in psychiatrischen Fragen wird er naturgemäss dem Irrenarzte von Beruf immer nachstehen. Besonders aber auf dem diffizilen Gebiete der Unterscheidung der Geisteszustände nach den verschiedenen Abstufungen der Entmündigungsreife (wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Pflegschaft wegen geistiger Gebrechen) dürften seine Kenntnisse in der Psychiatrie in den meisten Fällen unzureichend sein. Hier kann nur eine langjährige ausschliessliche Beschäftigung in der Psychiatrie und eine in täglicher Uebung frisch erhaltene, practische Erfahrung den richtigen Maassstab der Beurtheilung liefern, ob und in wie fern im einzelnen Falle der bestehende Geisteszustand die Geschäftsfähigkeit des Betreffenden alterirt. Die Folgen einer unrichtigen Entscheidung in dieser Hinsicht sind wichtig genug, um jede Vorsicht zu rechtfertigen. Darum sollten denn auch die sachverständigen Feststellungen im Entmündigungsverfahren durchaus dem Irrenarzte überlassen bleiben. Liegt diese Forderung einerseits im Interesse der Wahrung der psychiatrischen Berufsehre, so hat andererseits doch die Oeffentlichkeit, das Publikum selbst das grösste Interesse daran, dass der Schutz seiner geisteskranken Mitglieder in civilrechtlicher Beziehung auf die bestmögliche Weise gewährleistet wird. Sehr bedenklich scheint uns aber schliesslich die durch den betreffenden Erlass ausgesprochene Einschränkung der Gerichte in der Wahl der Sachverständigen. Das ist unserer Ansicht nach ein Punkt, gegen den der Richterstand selbst um seiner Unabhängigkeit im Beweisverfahren willen Grund genug hätte, energische Gegenvorstellungen zu machen. Angesichts der Neigung der Bundesregierungen, preussische Erlasse zu übernehmen, erscheint die Mahnung berechtigt, dass diese Neuerung in Würdigung der vorgetragenen Bedenken nirgendwo Nachahmung finden möge! Soweit darf schliesslich die Absage vom Partikularismus nicht gehen, dass Neuerungen, auch wo sie Verschlimmerungen bedeuten, unbedenklich übertragen werden! Halten wir daran fest, dass in Fragen der Beurtheilung der Geistesthätigkeit der Irrenarzt der erste, gegebene Sachverständige ist. Dazu bestimmt ihn seine Ausbildung, seine Wirksamkeit und Erfahrung, kurz sein Beruf.

Die 33. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte hat in ihrer Sitzung vom 2. ds. Mts. in Stuttgart zu der Angelegenheit des Erlasses folgende Resolution gefasst: Die 33. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte bedauert den Erlass des Königlich Preussischen Justizministeriums vom 7. Oktober d. J., der anordnet, dass der Gerichtsarzt als der für medicinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige, erforderlichen Falls dessen Assistent, zu Entmündigungssachen regelmässig zu wählen sei. Ohne einer Beurtheilung dieser Verfügung vom richterlichen Standpunkte aus vorgreifen zu wollen, müssen die Irrenärzte, die sich bisher als die durch den Erlass desselben Ministeriums vom 28. November 1899 im Entmündigungsverfahren bevorzugten Sachverständigen betrachten zu dürfen glaubten, weil bei ihnen doch wohl „auf dem Gebiete der Irrenheilkunde besondere Erfahrung" vorausgesetzt werden kann, in einer solchen durch nichts begründeten Aenderung eine Zurücksetzung erblicken. Vor allem aber müssen sie für die ihrer Fürsorge anvertrauten Kranken Verwahrung dagegen einlegen, dass irgend welche andere Interessen als die der zu Entmündigenden selbst auf die Wahl der Sachverständigen von Einfluss werden.

— Von der psychiatrischen Klinik in **Wien**. Der bisherige Vorstand der ersten psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Professor Dr. Julius Ritter v. Wagner-Jauregg, der bekanntlich an Stelle des in den bleibenden Ruhestand getretenen Hofrathes Professors Dr. Freiherrn v. Krafft-Ebing zum Ordinarius der zweiten psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause ernannt worden war, hat die Leitung dieser Klinik übernommen. Zum Supplenten und interimistischen Leiter der ersten psychiatrischen Klinik, an der das Ordinariat erst nach Fertigstellung der für die medicinische Facultät bestimmten Neubauten besetzt werden wird, wurde der Docent Dr. Emil Raimann ernannt.

— **74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Karlsbad.** 21. bis 26. September. Abth. **Neurologie und Psychiatrie.** (Schluss.)

Als bedingt objectiv bezeichnet L. diejenigen Symptome, welche das Product aus einem experi-

mentellen Reize und der Angabe des Untersuchten darstellen. Von solchen Störungen erwähnt Vortr. die von ihm gefundene nachweisbare Herabsetzung der Reizschwelle für faradischen Schmerz; auf dem Gebiete der Motilität die feineren Coordinationsstörungen. Ein Theil der Symptome, die sonst als hysterisch gedeutet werden, wird vom Vortr. der Neurasthenie zugewiesen. Für die Lokalisation der objectiven Symptome zieht Redner die Edinger'sche Theorie des ungenügenden Ersatzes heran.

21. Marina (Triest): Ueber die Pupillenreaction bei der Convergenz.

Um die Abhängigkeit der Pupillenreaction von der Convergenzbewegung zu studiren, hat Vortr. bei Affen den M. obliquus super. sowohl als auch den M. rect. extern. an Stelle des abgelösten M. rect. intern. transplantirt und anheilen lassen. Es fand sich, dass nach Verlauf einiger Zeit die Convergenzbewegung von den neuen Muskeln wieder in normaler Weise ausgeführt wurde, und dass die Pupillenverengerung dabei auch jetzt eintrat. Selbst wenn er eine Convergenz dadurch erzielte, dass er den blossgelegten Muskel faradisch reizte oder auch mit der Pincette zog, trat die Pupillenreaction ein, war also dabei unabhängig vom Central-Nervensystem zu Stande gekommen.

Vortr. schliesst daraus, dass es eigentlich gar keine Convergenz-, sondern nur eine Accommodations-Reaction giebt, die Annahme eines Convergenz-Centrums ist überflüssig; das Gehirn kennt nur Richtungen und Bewegungen, keine Muskeln und Nerven.

H. Haenel-Dresden.

— **Ein Schulfall verminderter Zurechnungsfähigkeit.** In Nr. 10 der „Feuerpolizei", Monatsschrift für Polizei und Verwaltungsbehörden, findet sich auf S. 147, 148 ein Artikel, der die Ueberschrift trägt: Ein systematischer Brandstifter. Dieser Artikel ist geeignet, das Interesse der Fachgenossen zu erwecken. Es handelt sich um den 24jährigen Sattlergehilfen Joh. Ulrich, der am 1. Juli d. J. vor dem Schwurgericht in Tübingen stand. U. ist unehelich geboren, zeigte in früher Jugend grossen Hang zum Stehlen, wurde deshalb in einer Zwangserziehungsanstalt erzogen und war später ein tüchtiger Arbeiter, aber „ein verlogener Bursche". Mitte Januar 1902 sah er eine grosse Feuersbrunst; der Anblick machte ihm grosse Freude. „Diese Freude am Feuer beherrschte ihn so, dass er sich geradezu willenlos zu Brandstiftungen hinreissen liess; meistens überfiel ihn der innere Drang Feuer anzulegen, wenn er angetrunken war". So brannte er Ende d. J. eine Scheuer nieder. Im Februar wurde er wiederum „über seinen inneren Trieb nicht mehr Herr". Er „musste" eine Ziegelei und im März d. J. bez. April je eine Scheuer in Brand setzen. Im April brannte er noch eine in der Nähe der Wohnung seiner momentan abwesenden Geliebten befindliche Scheune an, wohl weil er durch den Brand die Rückkehr des Mädchens hervorzurufen hoffte.

Aus den Brandlegungen zog Ulrich keinerlei Vortheil. „Die Freude am Feuer allein hat ihn zum Brandstifter gemacht, willenlos ist er unterlegen", schreibt die Feuerpolizei noch einmal. Herr Med.-Rat Prof. Dr. Oesterlen als Sachverständiger erklärte, wie der betr. Berichterstatter mittheilt, vor dem Schwurgericht, dass die vom Angeklagten behauptete Sucht Feuer anzulegen kein krankhafter Trieb sei, und vertrat die Ansicht, die Lust am Brandlegen entspreche der lebhaften Phantasie, dem Uebermuth und dem Leichtsinn des Thäters, der an keiner krankhaften Störung der Geistesthätigkeit mit Aufhebung der freien Willensbestimmung leide, aber allerdings in Folge seiner Nervosität, der Alkoholwirkung und sexueller Erregung ein seelisch minderwerthiger Mensch sei.

Hierauf verneinten die Geschworenen die Frage nach dem Vorhandensein mildernder Umstände und verurtheilten Ulrich zu 12 Jahren Zuchthaus, sowie zu 10 Jahren Ehrverlust.

Ich zweifle nicht daran, dass die meisten der Fachgenossen mit mir erstaunt sein werden über diese in einer Universitätsstadt stattgehabte Behandlung der Sache und mit mir daran zweifeln werden, ob der Angeklagte mit Recht in dieser Weise für seine Handlungen verantwortlich gemacht wird. Zum mindesten ist Ulrich ein Schulfall von verminderter Zurechnungsfähigkeit. Ohne den betr. Menschen genauer zu kennen, wird man nicht mehr behaupten dürfen und wollen. Natürlich konnte man einen so gefährlichen Menschen nicht in der Freiheit lassen, aber ihn ins Zuchthaus auf 12 lange, lange Jahre zu stecken, das ist doch ganz gewiss unbegreiflich hart angesichts der von Haus aus bestehenden abnormen Veranlagung und der offensichtlich pathologischen Motive zu den ausgeführten Brandstiftungen. Erfahrungsgemäss besteht bei Personen mit solchem Trieb Rückfallsgefahr. Das Bestreben, Feuer anzuzünden taucht eben immer und immer wieder auf und überwältigt die Betr. namentlich nach Alkoholgenuss. Der Trieb ist eben ein Symptom der Degeneration, also ein krankhaftes Element, für dessen Entäusserung der daran Leidende nicht voll verantwortlich gemacht werden kann.

Meine Ausführungen fussen auf der eingangs mitgeteilten Quelle; ist letztere nicht korrekt, so lesen wir vielleicht demnächst eine Berichtigung. Ist aber dort alles richtig angeführt, so möchten doch die betheiligten Königl. Württemberg. Behörden hiermit gebeten sein, dem im hohen Grade als pathologisch verdächtigen Geisteszustand des zu so ausserordentlich strenger Strafe Verurtheilten ihr ernstes Interesse hochherzig zuzuwenden!

Georg Ilberg (Grossschweidnitz in Sachsen).

Personalnachricht.

— Dr. Alexander Pilcz hat sich als Privatdocent für Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Universität habilitirt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 241.

Nr. 33. 15. November. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

War Mohammed Epileptiker?*)

Von Dr. med. *M. L. Moharrem Bey*, I. Assistent der Prof. Dr. Schlösser'schen Augenheilanstalt in München.

Die Frage, ob die Seelen- oder Geistesthätigkeit des Propheten Mohammed, zu dessen Religion sich über dreihundert Millionen Menschen bekennen, etwas Abnormes aufzuweisen hatte, beschäftigte die abendländischen Biographen desselben seit den ältesten Zeiten. Die Resultate ihrer Forschungen sind ziemlich verschieden, trotzdem alle ausnahmslos dieselben Quellen benutzten, nämlich: die Biographieen und die Traditionsschriften muslinischer Schriftsteller.

Während die Einen, wie Gagnier und Sprenger, von Hypochondrie und Hysterie sprechen, erklären ihn Andere, wie Noel de Berges und Lombroso für tollsüchtig oder irrsinnig. Noch Andere, und dies ist eine ziemlich grosse Anzahl Forscher, von denen ich unter Andern Theophanes Confessor, Hugh Brougthon, Waschington Yrrwing, Weil und Arnold Mühleisen, erwähnen möchte, behaupten: er litt in seiner Kindheit oder im späteren Alter an der Fallsucht, „Epilepsie".

Die Angaben dieser letzten Autorengruppe, die das uns interessirende Thema behandelten, stützen sich auf laienhafte Argumentation und leiden an mangelhaften Sach- und Fachkenntnissen. Und wenn man bedenkt, welche Schwierigkeiten einem Fachmann die Aufgabe bereitet, die Aufstellung einer Diagnose unter diesen Verhältnissen zu rechtfertigen, so wird man leicht begreifen, dass ein Laie eigentlich nicht in der Lage ist, sich einer solchen Aufgabe zu unterziehen, ohne die gröbsten Fehler zu begehen.

Es war daher interessant für mich, einer gütigen Anregung des Herrn Medicinalrathes Professor Dr. Bumm's*) Folge leistend, die Frage von Neuem auf-

*) Nach dem in der Münch. Orientalischen Gesellschaft am 22. Mai 1902 gehaltenen Vortrage.

*) Prof. der Psychiatrie u. Vorstand der psychiatrischen Universitätsklinik in München.

zuwerfen und mehr vom medicinischen Standpunkte aus zu untersuchen.

Der Untersuchungsplan muss in einem solchen Falle natürlich anders ausgedacht werden, als man es gewöhnlich thut, da ja der angebliche Patient schon seit dreizehn Jahrhunderten nicht mehr unter den Lebenden sich befindet und man ihn in Folge dessen nicht fragen oder beobachten oder gar direct untersuchen kann. Hier sind die uns zu Gebote stehenden Mittel und Behelfe beschränkt. Wir sind genöthigt, uns damit zu begnügen, ihn indirect, durch Vermittlung dritter Personen — und die sind auch Laien —, zu befragen, aus diesen anamnestischen Angaben die Symptome zu ermitteln und so das Krankheitsbild zu construiren.

Ich verfuhr folgendermaassen: Ich stellte mir einen Kranken im Geiste vor, dessen Anamnese, Krankheitsgeschichte, ich aufnehmen soll; ich frug ihn zuerst über den Gesundheitszustand seiner Eltern, die Krankheiten, die sie in ihrem Leben durchmachten, welches Alter sie erreichten und an welcher Krankheit dieselben starben; ob er Geschwister gehabt hatte, welches Alter sie erreichten, u. s. w. die übrigen Fragen. Dann kam er an die Reihe. Diese und andere Fragen wurden auch ihm gestellt und ich trachtete aus der vorhandenen Litteratur die Antwort zu erhalten, d. h. ich studirte die Quellen — die Biographien und Traditionsschriften, wobei ich die Fragen nie aus dem Auge verlor, Alles sammelnd und aufnotirend, was sich irgendwie auf das uns interessirende Thema beziehen kann.

Die Resultate meiner Untersuchung will ich Ihnen heute gerne, aus begreiflichen Gründen nur in aller Kürze, mittheilen, da ich eine ausführliche Abhandlung darüber später zu veröffentlichen gedenke.

Von den Grosseltern Mohammed's wissen wir nur, dass sein Grossvater, namens Abdul-Muttalib, lebenslang als Schirmherr der Kaaba, des Heiligthums der Araber, fungirte, Handelsgeschäfte mittelst grosser Karawanen mit Syrien trieb und hochbetagt im Alter von zweiundachtzig Jahren in Mekka starb. Sein jüngster Sohn, der Vater des Stifters des Islams, war mit Amina, aus dem in Madyna sesshaften Stamme der Beni-El Naggar, verheirathet. Abdullah, so hiess der Vater Mohammeds, erkrankte in der Nähe der Stadt Madyna, als er von einer Handelsreise nach der syrischen Stadt Ghazza zurückkehrte, musste dort zur Pflege bei den Verwandten seiner Frau von der Karawane zurückgelassen werden, und verschied nach einmonatlicher Krankheitsdauer im Alter von fünfundzwanzig Jahren; er wurde daselbst begraben. Amina, die Mutter des Propheten überlebte ihren Mann und verschied auf der Rückreise nach der Stadt Makka, nachdem sie ihre Verwandten in Madyna besucht und bei ihnen einen Monat verbracht hatte.

Es scheint, dass die Todesursache der beiden Letztgenannten, Vater und Mutter Mohammeds, eine akute, ja höchstwahrscheinlich infectiös-fieberhafte Erkrankung gewesen ist, was daraus zu entnehmen, dass Beide sich die Krankheit in Madyna beziehungsweise in der Nähe dieser Stadt geholt haben und Madyna mit seiner Umgebung damals wegen ihrer „schlechten, krankmachenden und todtbringenden" Luft unter den Arabern verrufen war. In der vorhandenen Litteratur findet sich keine einzige Angabe, die darauf hinweisen könnte, dass die Eltern oder die Grosseltern Mohammed's an einer für ihre Nachkommenschaft erblichen, resp. belastenden Erkrankung gelitten hätten; aber auch nichts, was eine solche Annahme ausschliesst.

Montag, den 12. Rabi-ul-Awal des Elephantenjahres*) (20. April 570) erblickte Mohammed das Licht der Welt. Nach den übereinstimmenden Angaben aller arabischen Biographen verlief der Geburtsact sehr leicht und ohne jede Schwierigkeit, oder wie wir uns heute auszudrücken pflegen, ganz normal. An seinem Körper sind keine Missbildungen beobachtet worden. Einige Tage nach der Geburt wurde das Kind einem Beduinenweibe, Namens Halima, wie es bei den Bewohnern Mekka's Sitte war, zur Pflege gegen Entgeld übergeben. Halima stillte das Kind an ihrer Brust und entwöhnte es erst, nachdem es zwei Jahre alt war.

Ueber das Gedeihen ihres Pflegekindes erzählt Halima, dass es sich während dieser Zeit ausserordentlich gut entwickelte, derart, dass es besonders stark heranwuchs, wie kein anderer Knabe in seinem Alter.**) Als er zwei Jahre und einige Monate alt war, trug ihn Halima zu seiner Mutter zurück, die über die frühzeitige Zurückgabe des Kindes überrascht war, zumal ja die Pflegemutter kurz vorher gebeten hatte, das Kind bei sich länger behalten zu dürfen. Und als sie über den Beweggrund ihres veränderten Entschlusses befragt wurde, da erzählte sie folgende Episode:

*) So nannten die Bewohner Makka's jenes Jahr, in dem ein abyssinischer Feldherr, welcher einen Elephanten mitführte, Makka belagert hatte.

**) Abdel-Malik Ibn Hischam, das Leben Mohammed's nach Mohammed ibn Ishâk, herausgegeben von Dr. Ferd. Wüstenfeld, Band I, erster Theil, Seite 105.

„Einige Monate nach unserer Ankunft mit ihm zu Hause und während er mit seinem Milchbruder die Heerde hinter unseren Zelten bewachte, da kam sein Milchbruder ganz erschrocken und erzählte mir und dem Milchvater: ‚Sehet da, meinen Bruder, den Koraischiten, nahmen zwei weiss angekleidete Männer, legten ihn nieder, schlitzten seinen Bauch auf und fahren fort ihn zu martern und zu peinigen.' Wir, ich und sein Pflegevater, gingen auf der Stelle zu ihm hin und fanden ihn mit bleichem Gesichte aufrecht stehend. Wir gesellten uns zu ihm und frugen: ‚Was ist Dir mein Sohn zugestossen?' Er antwortete: ‚Zwei Männer mit weissem Gewand kamen zu mir her, streckten mich nieder, schlitzten meinen Bauch auf und holten etwas, das mir unbekannt ist, heraus.'

Wir kehrten mit ihm heim. Da sagte mir sein Vater: ‚Du Halima, ich fürchte, dass ihm ein Unglück zugestossen ist, führe ihn zu den Seinigen zurück, bevor es bekannt wird.' Wir brachten ihn zu seiner Mutter, welche verwundert sich äusserte: ‚Was hat Dich Pflegemutter jetzt hierher geführt, nachdem Du für Deinen Säugling und für sein ferneres Verweilen bei Dir sehr eingenommen warst?' Halima sagte ihr: ‚Gott hat meinen Sohn gedeihen lassen und ich that meine Schuldigkeit. Da ich aber von Seite der Kinder für ihn fürchte, so bringe ich ihn Dir wohlbehalten, wie Du es nur wünschen kannst, zurück.' Anima erwiederte: ‚Das kann nicht der Grund sein, Du musst aufrichtig gegen mich sein und mir die wahre Ursache angeben.' Halima, die Pflegemutter, berichtet weiter: und sie liess mich nicht los, bis ich ihr die volle Wahrheit eröffnete, worauf sie (Anima) dann frug, ob ich für das Kind vom Satan etwas fürchte? Und als ich diese Frage bejahte, da sagte sie: ‚Im Gegentheil, bei Gott, der Satan kann keinen Einfluss über ihn besitzen, denn mein Sohn wird sicher zu einer ansehnlichen Würde gelangen.'" *)

Ueber dieselbe Episode später befragt, erzählte Mohammed Folgendes:

„Ich bin bei den Beni Saad ibn Bakr gesäugt worden. Als ich einmal mit einem meiner Milchbrüder hinter unseren Zelten unser Vieh hütete, da kamen zwei Männer auf uns zu. Sie trugen weisse Kleider und brachten ein goldenes mit Eis gefülltes Becken mit. Sie ergriffen mich, schlitzten meinen Bauch auf, holten mein Herz heraus, schnitten es auf und zogen einen schwarzen Blutklumpen heraus, warfen ihn weg und wuschen mit dem Eis mein Herz und meinen Leib, bis sie dieselben reinigten." **)

*) Ibn Hischam, Band I, erster Theil, S. 105 und 106.
**) Ibn Hischam, B. I, 2. Theil, S. 106 u. 107.

Mohammed blieb von nun an bei seiner Mutter Anima in Mekka, wie der Schlusssatz des stattgehabten Gespräches zwischen ihr und seiner Amme ganz klar und unzweideutig es bestätigt, indem Anima der Pflegemutter sagte: „lass ihn hier und scheide, auf dem rechten Pfade wandelnd."

Als der Knabe sechs Jahre alt war, während welcher Zeit man in der Litteratur nichts findet, was sich auf unser Thema beziehen kann, verschied seine Mutter Anima. Sein Grossvater Abdul-Muttalib nahm ihn auf. Nach zwei Jahren ereilte der Tod auch den Grossvater und Mohammed, acht Jahre alt, wurde von seinem rechten Oheim, Namens Abu Taleb, gemäss der letztwilligen und öfters vor seinem Tode geäusserten Verfügung des Grossvaters aufgenommen.

Als Knabe, noch nicht dreizehn Jahre alt, begleitete Mohammed diesen seinen Oheim auf einer Handelsreise nach Syrien, und es scheint, dass diese, nach den damaligen Verhältnissen recht beschwerliche Reise ohne jeden Nachtheil für ihn verlaufen ist. Denn Angaben, welche von Ueberanstrengung, körperlicher oder geistiger Schwäche, oder von irgendwelcher Körperverletzung, wie Knochenbruch oder Fall auf den Kopf sprächen oder irgendwie andeuten, sind nirgends aufzufinden. Auch andere, uns interessirende Ereignisse, sind nirgends aufgezeichnet, als eine Jugenderinnerung Mohammed's, die er später erzählte. Dieselbe lautet nach allen Biographen folgendermaassen: „Ich befand mich einst unter den Knaben Koraisch's; wir trugen Steine von einem Ort zum andern, wie halt die Kinder im Spiele zu thun pflegen. Wir Alle entblössten unsere Leiber und warfen die Gewänder derart um den Hals herum, dass wir die Steine darüber trugen. Ich lief hin und her, als ein Unsichtbarer mir einen schmerzhaften Stoss versetzte und darauf sagte: „Lass Dein Gewand herunter!" Ich that es, trug die Steine weiter und war unter den Kameraden der Einzige, welcher in sein Gewand gehüllt hin und her ging."

Im Alter von fünfzehn Jahren nahm Mohammed an der Schlacht des „Sünder"*) (Harb-El-Fuggar) in Gesellschaft seiner Oheime Theil. Diejenigen Biographen, welche diese Schlacht erwähnen, berufen sich auf eine, wiederum spätere Aeusserung Mohammed's. Dieselbe lautet nach Ibn Hischam: „Ich hatte in der Schlacht die Aufgabe zu erfüllen gehabt, meine Oheime gegen feindliche Pfeile zu vertheidigen, wenn sie damit beworfen wurden."

*) So genannt, weil sie veranlasst wurde durch eine blutige That in den heiligen Monaten, in welchen die Araber das Blutvergiessen als die grösste Sünde betrachteten.

Bis zum Alter von 20 Jahren enthält die vorhandene Litteratur der Biographen Mohammed's nichts Besonderes ausser seiner Theilnahme an der Gründung des Fremdenschutzbündnisses, auf das ich zurückkommen werde.

In den darauf folgenden vier Jahren leitete Mohammed die Handelsgeschäfte einer gewissen Chadiga. Dieselbe lebte zu Makka als eine ehrbare, wohlhabende Wittwe, welche die von ihrem Manne ererbten Handelsgeschäfte auch nach seinem Tode noch fortführte. Mohammed, im Alter von vierundzwanzig Jahren, verdingte sich der genannten Wittwe und machte in ihrem Auftrage und Interesse mehrere Handelsreisen nach verschiedenen Gegenden. So zog er für sie auf die Messe von Suk Hubascha, das südwestlich von Mekka, am rothen Meere liegt, wo abissynische Waare gegen Producte Arabien's ausgetauscht wurde. Auch reiste er nach dem damals berühmten Ledermarkt, Gurasch genannt, südlich von Makka gelegen und wahrscheinlich auch nach Boçra, der Hauptstadt des Hawaranenlandes, welche in den allerersten Zeiten eine der Hauptschrannen für die Araber war, von der sie Getreide nach Mekka gebracht haben sollen.

Chadiga war nicht mehr jung; sie hatte das Alter von 37 Jahren erreicht; dennoch scheint sie das menschliche Gefühl nicht verloren zu haben, jenes Gefühl, welches bei den Evakindern „Herzenswunsch“ genannt wird. Was ihr an jugendlicher Anmuth fehlte, ersetzten ihre Tugenden, ihre gesellschaftliche Stellung und vielleicht ihr Reichthum. Mohammed war ein blühender, vielversprechender junger Mann von fünfundzwanzig Jahren, aber nicht reich. Was ihm an Reichthum fehlte, ersetzten seine geachtete Stellung, sein Ansehen als tugendhafter, gesitteter Mensch, seine adelige Abstammung und vielleicht seine Jugend. Chadiga stellte Mohammed einen Heirathsantrag. Er schlug ein und die Hochzeit wurde ohne Verzug gefeiert, nachdem Chadiga, die Braut, die Einwilligung ihres Vaters, auf kluge Weise erreicht hatte.

Von ihrer Seite war es eine Heirath der Liebe und Achtung, die sie ihm auch bis an ihr Ende treu bewahrte. Er erwiederte ihre Zuneigung und lange nach ihrem Tode pflegte er von ihren Tugenden zu erzählen und sie öfters als Muster der Frauen zu erwähnen; bisweilen schlachtete er ein Schaf und vertheilte das Fleisch unter die Armen zu ihrem Andenken. Es unterliegt keinem Zweifel, dass Chadiga an geistigen Anlagen und Bildung, Seelengüte und Edelmuth ihre damaligen Landsmänninnen weit übertraf. Bal'amy zufolge, soll sie sogar lesen und schreiben gekonnt haben, was in jener Zeit zu den grössten Seltenheiten in Arabien gehörte.

Nach der Heirath verliess Mohammed das Haus seines Oheims und lebte von nun an mit seiner Frau in ihrem eigenen Hause. Es stand in dem vornehmsten Theil der Stadt, etwas nördlich von der Kaaba, umgeben von den Häusern seiner und seiner Frau Verwandten, also lauter gute und angenehme Nachbarn, die in den späteren Jahren, nachdem Mohammed mit seiner Mission öffentlich auftrat, recht böse wurden, ihm und seiner Frau Freundschaft und Verwandtschaft kündigten und sich für seine Todfeinde erklärten.

Mohammed trieb die Handelsgeschäfte weiter und war in recht guten Verhältnissen bis zum Jahre 612, in welchem Jahre das Stocken seiner Geschäfte und beinahe der Ruin seines und seiner Frau Vermögen eintrat, verursacht durch das Auftreten Mohammed's und durch die daraus entstandene Verfeindungen und Verfolgungen seitens der Grössen Mekka's.

Die Ehe Mohammed's mit Chadiga war mit sechs Kindern — zwei Knaben und vier Mädchen — gesegnet. Die Knaben starben in der frühesten Kindheit, der eine kaum ein halbes Jahr, der andere über ein Jahr alt. Die Mädchen blieben am Leben und erreichten die Jahre der Reife und verheiratheten sich alle. Die drei Aeltesten starben im Alter von 33, 24 und 27 Jahren, ohne Erben zu hinterlassen. Nachkommen blieben nur von der jüngsten Tochter, Namens Fatimah, welche den Tod ihres Vaters erlebte und im Jahre 632 n. Ch. im Alter von 28 Jahren starb.

Wenn man die vorhandenen Quellen durchmustert, so findet man, trotz des peinlichsten Suchens, nichts, was irgendwie darauf hinweist oder ausgelegt werden könnte, dass die Kinder Mohammed's irgend welche ererbte Krankheit mit auf die Welt brachten. Auch enthalten dieselben Quellen keine Angaben, welche irgendwie dahin gedeutet werden könnten, dass dieselben Anomalitäten geistiger oder körperlicher Art zeigten. Im Gegentheil enthalten die uns überlieferten Quellen Vieles, was zwar ihre Anlagen und Konstitution nicht besonders hervorhebt, aber dieselben nicht herabsetzt. Wenn man die Lebensgeschichte der länger am Leben Gebliebenen studirt, so gelangt man leicht und ohne jeden Zwang zu der Anschauung, dass sie ganz gewöhnliche, normale Durchschnittsmenschen waren. Die direkte Todesursache, die Krankheiten, an denen sie starben, sind leider nirgends aufgezeichnet. An der Hand vieler

anderer Nebenerzählungen, die sich indirekt auf die Todesursachen beziehen, lässt sich mit Leichtigkeit und annehmbarer Genauigkeit ermitteln, dass es meistens akute, also keine chronischen oder periodischen Krankheiten waren.

Nachdem ich die Periode im Leben Mohammed's vom ersten bis zum achtunddreissigsten Lebensjahre mit dieser nur das allerwichtigste enthaltenden Skizze geschildert habe und bevor ich auf die zweite, für das Thema uns weit mehr interessirende Periode übergehe, will ich Manches über sein äusseres Aussehen, seinen Charakter und seine gesellschaftliche Stellung aus den Quellen citiren:

Aus der Legende über seine Pflegschaft bei der Amme Halyma ist zu entnehmen, dass nicht nur keine Hemmung in seinem Wachsthum beobachtet wurde, sondern dass Mohammed als Kind ganz gut gedieh, so dass es mit zwei Jahren recht stark heranwuchs wie kein anderer Knabe in seinem Alter. Dass er als Knabe die Reise nach Syrien mitmachte und als Jüngling von fünfzehn Jahren an dem Krieg der „Sünder" sich betheiligte, bestätigt die Annahme, dass er kein Schwächling war und wahrscheinlich eine gute Konstitution besass, die solche Anstrengungen, welche damals mühsam und recht beschwerlich sein mussten, ganz gut vertrug. Ausser diesen Bemerkungen enthalten die Quellen verschiedene Angaben, welche theilweise sein Aeusseres beschreiben und theilweise sich auf seinen Charakter beziehen. Ich lasse einige davon hier folgen.

Ibn Hischam, der erste Biograph Mohammed's sagt: „Er (Mohammed) wuchs schnell zum Jüngling heran. Die Vorsehung bewachte, behütete und bewahrte ihn vor den Sünden der Unwissenheit seiner Aera — die Zeit vor dem Islam. Im Mannesalter war er menschlicher, gesitteter und geschätzter, sanftmüthiger und einsichtsvoller, wahrhaftiger und aufrichtiger, treuer und zuverlässiger, als seine Altersstammesgenossen." „Er war auch ein zuverlässiger Beschützer, weit davon entfernt, sein Wort zu brechen, schändliche Thaten oder gottvergessene Handlungen oder Unsittlichkeiten zu begehen, welche die Manneschre besudeln, oder die Keuschheit des Jünglings entweihen, lauter Vorzüge, die den meisten Zeitgenossen, jungen und älteren, ganz und gar fehlten. Er wurde von dem Volke wegen dieser unübertroffenen guten Eigenschaften mit dem Beinamen Al-Amin, der Zuverlässige belegt.*)

An anderer Stelle bei Eln Saad lesen wir Folgendes: Und als er zum Manne herangewachsen war, zeichnete er sich vor allen Anderen durch seinen Edelmuth, durch die Reinheit der Sitten, durch feines Benehmen und edles Handeln, durch Friedfertigkeit gegen seine Nachbarn, durch Nächsten- und Wahrheitsliebe aus, und er wurde allgemein Al-Amin, der Zuverlässige, geheissen, weil er alle guten Eigenschaften in sich vereinigte."

Eine Thatsache aus der frühen Geschichte Mohammed's, welche die gesellschaftliche Stellung und vielleicht den Charakter dieses Mannes beleuchtet, mag hier Beachtung finden. Es wird nämlich erwähnt, dass Mohammed mit einigen ritterlichen Männern von Mekka ein Bündniss schloss zum Schutze Reisender und Fremder, die etwa in Mekka betrogen, geschädigt oder misshandelt wurden. Mohammed erinnerte sich später als alter Mann der Thätigkeit dieses Bündnisses öfters und pflegte seiner Erzählung hinzuzufügen: „Wenn heute Jemand kommen würde und gestützt auf dieses Bündniss meinen Schutz in Anspruch nimmt, so bin ich bereit ihm denselben sofort zu gewähren."

Als Chadiga ihn für die Führung ihrer Geschäfte erwählte, stand er, wie Ibn Hischam und Andere angeben, in grossem Ansehen wegen jener Sittlichkeit, Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit, die überall von ihm gerühmt wurde. (Fortsetzung folgt.)

*) Ibn Hischam, Bd. I, erster Theil, Seite 117.

Mittheilungen.

— **Aus Ostpreussen**. Die von mir in dem Aufsatze: Die Entwicklung des Irrenwesens in Ostpreussen (Psych. Wochenschrift 1899, I., Nr. 19) ausgesprochene Vermuthung, dass sich im Auschluss an die Pfleglings-Abtheilung (Landarmen- oder Landpflege-Anstalt) Tapiau eine Irrenpflegeanstalt entwickeln werde, hat sich schnell verwirklicht. Bereits 1901 war dem Provinziallandtag ein entsprechender Antrag vorgelegt worden, zu dessen Motivirung Folgendes ausgeführt wurde:

Die Belegungsfähigkeit der beiden Provinzialirrenanstalten Allenberg und Kortau beträgt nach der in den Jahren 1894 bis 1899 stattgehabten Vergrösserung beider Anstalten in Allenberg 890, in Kortau 1000, zusammen 1890 Kranke. Hierzu tritt die Irrenabtheilung in Tapiau mit 68 Köpfe, so dass im ganzen 1958 Kranke, und zwar 948 Männer und 1015 Frauen in diesen drei Anstalten untergebracht werden können. Unter Hinzurechnung von etwa 50 in Familienpflege untergebrachten Geisteskranken können somit rund 2000 Kranke in und bei den genannten Anstalten Aufnahme finden.

Zur möglichsten Entlastung der Irrenanstalten wurden bereits 1899 59 männliche Geisteskranke aus diesen in die neuerbaute Männerabtheilung der Landpflegeanstalt Tapiau überführt und ausserdem hier noch 15 idiotische Männer und 11 epileptische Männer aus Rastenburg bezw. Carlshof untergebracht. Die Aufnahme dieser männlichen Kranken hat angeblich zu bemerkenswerthen Unzuträglichkeiten nicht geführt, da die bei den Neubauten der Männerpfleglingsabtheilungen getroffenen baulichen Anordnungen es ermöglichen, diese Kranken in besonderen, von den eigentlichen Pfleglingen gesonderten, Abtheilungen unterzubringen.

Im Anschluss an diesen Versuch, neue Plätze für Geisteskranke ohne Aufwendung erheblicher Mittel zu gewinnen, hat auch in der Frauenpfleglingsabtheilung allmählich eine grössere Anzahl geisteskranker Frauen, welche zwar nicht einer Behandlung in einer Irrenanstalt, aber wegen ihres körperlichen und geistigen Zustandes doch einer Anstaltspflege bedürfen, Aufnahme gefunden. Inzwischen hat es sich jedoch als unangängig erwiesen, diese Kranken, wenigstens der grössten Mehrzahl nach, unter den in der Frauenpfleglingsanstalten vorliegenden baulichen Verhältnissen und in Rücksicht auf die ganze Art des Anstaltsbetriebes dauernd dort zu belassen. Die Frauenabtheilung ist mit 163 Frauen bis zum äussersten belegt.

Im Hinblick auf die geringe Zahl der in den Irrenanstalten noch verfügbaren Plätze erschien es daher unabweisbar, in eine Prüfung der Frage einzutreten, in welchem Umfange die Schaffung neuer Plätze für Geisteskranke zur Zeit überhaupt in Aussicht zu nehmen ist und in welcher Weise dies am zweckentsprechendsten und unter Aufwendung möglichst geringer Mittel zu geschehen haben wird.

Der Krankenzuwachs in den Provinzialirrenanstalten in den elf Jahren 1887/97 hat 1090 Köpfe oder im Durchschnitt jährlich 93, in den letzten Jahren 1898—1900 2052 — 1812 = 240 oder 80 jährlich betragen.

Gegenüber der durchschnittlichen Zunahme in den vorangegangenen elf Jahren mit je 93 Kranken ist hiernach eine Abnahme um etwa 15 % eingetreten. Eine weitere Abnahme des jährlichen Zuwachses werde in Zukunft auch mit Rücksicht auf die Erhöhung des Pflegegeldes erwartet werden können.*) Andererseits werde der Zuwachs an Kranken jetzt nicht plötzlich aufhören und werde mit den vorhandenen Krankenplätzen keinesfalls auszukommen sein. Es wird daher nach der Ansicht des Provinzialausschusses nicht zu umgehen sein, alsbald für eine Vermehrung der Plätze zur Unterbrigung von Geisteskranken Sorge zu tragen, da die im Jahre 1901 begonnene Bauten frühestens zum Winter 1902/3 benutzbar und die in den Anstalten Allenberg und Kortau noch verfügbaren Plätze schon bis dahin vollständig besetzt sein werden.

*) Im Jahre 1901 hat der Zuwachs wieder 94, weiterhin aber bis zum 16. August 1902 (wo der Gesammtkrankenbestand 2250 betrug), also in 7½ Monaten, nicht weniger als 104 betragen. Anstatt der erwarteten Abnahme ist also eine erhöhte Zunahme des jährlichen Zuwachses eingetreten.

Nachdem bei den Anstalten Allenberg und Kortau je vier Krankengebände ausgeführt sind, seien beide Anstalten an der Grenze angelangt, bis zu welcher eine Vergrösserung durch die Einrichtung einzelner neuer Gebäude möglich erscheint.

Die für den gesammten Wirthschaftsbetrieb der Anstalten vorhandenen Einrichtungen, Wirthschaftsgebäude mit Kochküche, Waschküche, Verwaltungsgebäude, Wasserversorgung, seien schon jetzt im äussersten Maasse in Anspruch genommen, und es würden bei der Errichtung weiterer Krankengebäude auch kostspielige Erweiterungen und Neubanten für Wirthschaftszwecke nicht zu umgehen sein. Abgesehen davon erscheine bei beiden Anstalten die Errichtung weiterer Neubauten in einer für den gesammten Anstaltsbetrieb annehmbaren Verbindung mit den vorhandenen Gebäuden kaum ausführbar. Es bleiben mithin nur die beiden Möglichkeiten übrig, entweder eine neue besondere Anstalt zu bauen, oder die nothwendigen Erweiterungsbanten an eine andere bestehende Provinzialanstalt — und als solche kommt nur die Pfleglingsabtheilung in Tapiau in Frage — anzugliedern. Letzteres erscheine insbesondere vom finanziellen Gesichtspunkte aus als das bei weiterem günstigere. Grundsätzliche Bedenken lägen gegen die Unterbringung von Geisteskranken im Anschluss an die Pfleglingsabtheilung in Tapiau nicht vor, sofern für diese Kranken besondere Gebäude bezw. von den Pfleglingen getrennte Abtheilungen eingerichtet werden. Die heilbaren, die gemeingefährlichen und unruhigen Kranken werden nach wie vor in den Anstalten Allenberg und Kortau, bezw. in der Irrenabtheilung Tapiau Aufnahme finden. Die neuen Abtheilungen bei der Pfleglingsabtheilung werden dagegen demnächst im Allgemeinen für unheilbare ruhige und halbruhige, insbesondere sieche, Kranke zu dienen haben, da ruhige arbeitsfähige Kranke aus Allenberg und Kortau mit Rücksicht auf die wirthschaftlichen Verhältnisse dieser Anstalten nicht in grösserer Zahl abgegeben werden können und es dort auch besonders an Plätzen für halbruhige sieche Kranke mangelt. Die auf eine normale Belegung von 484 Köpfen eingerichteten, zur Zeit vorhandenen Bauten der Pfleglingsabtheilung in Tapiau, können insgesammt im Höchstfalle 494 Pfleglinge aufnehmen (331 Männer, 163 Frauen). Eine allmähliche Vergrösserung der Anstalt durch die Aufnahme von Geisteskranken bis zu einer Gesammtzahl von etwa 1000 Köpfen erscheine bei den vorliegenden Verhältnissen angängig. Es würde sich sonach für etwa 500 Geisteskranke Platz gewinnen lassen. Damit würde alsdann die Zahl der in Provinzialanstalten unterzubringenden Geisteskranken auf 890 (Allenberg) + 1000 (Kortau) + 68 (Irrenabtheilung Tapiau) + 500 (Irrenpflegeabtheilung Tapiau) + 42 (Familienpflege) = 2500 gesteigert werden können.

Da die Herstellung der einzelnen neuen Krankenhäuser für eine verhältnissmässig grosse Kopfzahl im vorliegenden Falle angängig und im finanziellen Interesse liegend erscheine, sei die Unterbringung der Gesammtzahl von 500 Kranken in vier Gebäuden für

je 125 Köpfe annähernd in die Grösse und Ausstattung des zuletzt erbauten Pfleglingshauses in Aussicht genommen, von welchen je 2 für die Aufnahme von geisteskranken Männern und Frauen zu dienen haben werden.

Ausser Krankengebäuden ward die Erbauung eines Wirthschaftsgebäudes nothwendig, in welchem im Wesentlichen eine Kochküche mit den zugehörigen Nebenräumen unterzubringen sein werde.

Es werde ferner erforderlich werden, mindestens für einen unverheiratheten Arzt Wohngelegenheit in der Anstalt zu schaffen.

Die Baukosten je eines Gebäudes für 125 Köpfe sind auf 130000 M. berechnet (1040 M. für den Kopf).

Das erforderliche besondere Kochküchengebäude ist bei 500 Quadratmeter Grundfläche auf 45000 M. Baukosten berechnet.

Für die erforderlichen Nebenanlagen, Wasserversorgung, Wasserableitung, Herstellung von Wegen, Einrichtung und Einfriedigung von Stationsgärten sind bei Ausführung der gesammten Anlagen weitere 34000 M. erforderlich. Hierzu tritt noch die innere Einrichtung des Kochküchengebäudes mit 15000 M., so dass sich die Gesammtkosten der Erweiterungsbauten für 500 Köpfe — ohne Berücksichtigung etwaiger Grunderwerbskosten und der Kosten für Inventarbeschaffung — auf 634000 M., mithin für den Kopf auf 1268 M., stellen werde.

Der Antrag des Provinzialausschusses, in Anschluss an die bei der Landesarmenanstalt Tapiau befindliche Pfleglingsabtheilung, Gebäude für (500) unheilbare Geisteskranke zu errichten und zwar zunächst 2 Gebäude für je 125 Kranke, das Wirthschaftsgebäude und die zugehörigen Nebenanlagen, wurde vom Provinziallandtag debattelos angenommen.

Dass damit eine principielle Aenderung in der provinzialen Irrenversorgung inaugurirt worden ist, wozu allerdings die Anfänge schon ein Jahr vorher auf dem Verwaltungswege durch Ueberführung von unheilbaren Geisteskranken in die Pfleglingsabtheilung Tapiau gemacht worden sind, scheint dem Provinziallandtag nicht zur Erkenntniss gekommen zu sein, ebensowenig die schweren Bedenken, die gegen eine solche, von dem Minister v. Altenstein im Jahre 1832 als verwerflich und von dem Minister Eichhorn 1845 als Rückschritt bezeichnete, Verbindung in psychiatrischen Kreisen herrschen und welche noch Ludwig-Heppenheim kurz vorher in seinem Vortrage: „Die hessischen Provinzialsiechenanstalten und die Geisteskranken" präcisirt hat, wobei er sich auf das schärfste gegen die Verquickung von Siechenanstalten mit der Verpflegung von Geisteskranken ausgesprochen hat. Bei der neuen Tapiauer Irrenpflegeabtheilung, deren Bau bereits so weit gefördert ist, dass sie wohl Ende dieses Jahres wird bezogen werden können, fällt noch besonders schwer ins Gewicht, dass die Leitung der Pfleglingsabtheilung, in welcher jetzt bereits über 100 Geisteskranke untergebracht sind, und nach Fertigstellung aller Bauten also 600 Geisteskranke sich befinden werden, in den Händen eines Laien, des Directors der Korrigendenanstalt Tapiau liegt. Vom 1. April d. J. ist neben dem bisher einzigen Arzt der Tapiauer Anstalten (Oberarzt) 1 jüngerer Assistenzarzt angestellt worden. Die beiden letzten Gebäude für je 125 Kranke sollten nach Beschluss des Provinziallandtages 1902 auch bald begonnen und bis 1904 fertig gestellt werden.

Die Fürsorge der Provinz für Epileptische wird nach einem, vom letzten Provinziallandtag angenommenen Antrage des Provinzialausschusses in derselben Richtung, wie sie bereits seit 10 Jahren eingeschlagen worden ist, nämlich durch Verträge mit Privatgenossenschaften,*) erweitert werden. Zur Zeit sind sämmtliche, der Anstaltspflege bedürftigen Epileptiker, ohne Unterschied des Glaubens, in der unter Leitung eines evangelischen Geistlichen stehenden Epileptikeranstalt zu Carlshof untergebracht. Nunmehr wird auch eine katholische Epileptikeranstalt errichtet. Der Erzpriester Hinzmann zu Wormditt steht in Begriff, den seit längerer Zeit erwogenen Plan zu verwirklichen, in der Diöcese Ermland eine Heil- und Pflegeanstalt für katholische Epileptiker ins Leben zu rufen, in welcher die bereits in Carlshof befindlichen und die später einzuweisenden Epileptiker katholischen Glaubens untergebracht werden sollen. Die neue Anstalt, von der bereits das Frauenhaus in Angriff genommen ist, wird auf einem 10 Minuten von der Stadt Wormditt gelegenen Platz errichtet, zu welchem die Stadt ein $8\frac{1}{4}$ Morgen grosses Ackerstück unentgeltlich hergegeben hat. Das Frauenhaus, das mindestens für 80 Kranke Platz bieten soll, sollte bereits im April bezogen werden. Es soll nunmehr auch der Bau des Männerhauses in Angriff genommen werden, so dass in 3—4 Jahren die Anstalt fertig sein und sämmtlichen katholischen Epileptikern Ost- und Westpreussens Platz bieten wird. Vorläufig sollen auch Männer im Frauenhause Platz finden, allerdings unter vollständiger Trennung der Geschlechter. Die Aufnahme der katholischen Provinzialpfleglinge in die neue Anstalt soll unter denselben Bedingungen erfolgen, wie sie bisher in Carlshof geschehen ist. (Schluss folgt.)

*) Diese Angelegenheit spielt in die Politik hinein. Wäre nicht im ostpreussischen Landtage das conservativ-orthodoxe und das conservativ-clericale Element so stark vertreten, so würde man nicht dem kirchlichen Unternehmerthum in dieser Weise die Hand bieten, sondern besser durch Errichtung eigener Anstalten für Unterbringung der auf dem Wege der öffentlichen Armenfürsorge zu verpflegenden Kranken Sorge tragen und dadurch die gesetzliche Verpflichtung hierzu in einer Weise erfüllen, die sich gegenüber der Unterbringung dieser Kranken in Privatanstalten, als vom administrativen wie vom ärztlichen Standpunkt einwandfrei bezeichnen darf. Im Interesse der medizinischen Wissenschaft und ihres Fortschritts fordern wir, dass man die Krankenhäuser nicht unter Leitung von Laien, sondern von Aerzten stellt. Der Militärverwaltung fällt es auch nicht ein, ihre Lazarette von Offizieren, geschweige von Geistlichen verwalten und leiten zu lassen. Für die ostpreussischen Aerzte aber ist es angesichts der nächstjährigen Reichstagswahlen wichtig festzustellen, von welchen Parteie sie vorkommenden Falls (z. B. bei der Krankenkassengesetzgebung und beim Reichsirrengesetz) eine Berücksichtigung ihrer Wissenschaft und ihres Standes nicht gerade zuversichtlich erhoffen dürfen.

Red.

— Die **Büste Karl Westphals**, die dem langjährigen Leiter der Irren- und Nervenabtheilung der Charitee vor der Neuen psychiatrischen Klinik in Berlin errichtet worden ist, wurde am 8. d. Mts. feierlich enthüllt.

Referate.

— Archives de Neurologie 1901.

Note relative à l'etude des effets physiologiques de la rachi-cocaïnisation et de la ponction lombaire par A. Pitres et J. Abadie. Nr. 70, S. 289.

Die Verfasser konnten bei 50 Fällen von Cocainisirung des Rückenmarks folgende Ergebnisse feststellen: es wird die Leistungsfähigkeit der hintern Wurzeln in der Weise beeinflusst, dass sie ganz unregelmässig durch die Cocainwirkung betroffen werden, die Analgesie tritt ganz allmählich auf, Schmerzempfindlichkeit, Temperatursinn und Empfindung für Berührung kommen nacheinander zum Verschwinden, letztere kann sogar z. Th. erhalten bleiben. Die Rückkehr dieser Funktionen erfolgt in umgekehrter Reihenfolge. Das Lagegefühl der Extremitäten bleibt im Allgemeinen erhalten, ebenso die viscerale Sensibilität. Die Hautreflexe sind in den analgetischen Bezirken aufgehoben, kehren ungleich mit der Sensibilität zurück. Vorher normale Sehnenreflexe werden gesteigert, während vorher abgeschwächte oder gesteigerte PR verschwinden. Keine ausgesprochenen Erectionen, kein epileptoides Zittern, keine Störung der Coordination und der motorischen Kraft. Schweissabsonderung bes. in der oberen Körperhälfte. — Unter 15 Fällen von Lumbalpunktion wurden Störungen der Sensibilität nicht gefunden, die Reflexe waren in nicht gesetzmässiger Weise verändert, sonst keinerlei Erscheinungen wie bei Cocainisirung, ausser Kopfschmerz, der zu Unrecht von anderer Seite nicht der Lumbalpunktion, sondern der Cacainwirkung zugeschrieben wird.

Delire aigu et urémie par A. Cullere. Nr. 72, S. 449.

Mittheilung zweier Fälle, die der Verfasser als acutes Delir in Folge Urämie auffassen zu müssen glaubt. Das Vorkommen von katatonischen Erscheinungen im 2. Falle veranlasst ihn zu der Bemerkung, dass katatonische Erscheinungen bei Kranken über 40 Jahren auf die Möglichkeit einer latenten Urämie hinwiesen.

Contribution à l'etude des stéréotypies par Al. Cahen. Nr. 72, S. 476.

Von den Stereotypien wird folgende Definition gegeben: ils sont les attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vue végétative, qui sont coordonnés, qui, n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même facon, qui, au début, sont conscients, volontaires et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition. Im Anschluss an die allgemeine Eintheilung in akinetische und parakinetische, werden die einzelnen Erscheinungsformen der Stereotypien besprochen. In typischer Form finden sie sich bei den systematisirten Paranoiaformen (délires systématiques), und zwar bedingt durch Wahnideen, verhältnissmässig selten auf Grund von Verfolgungsideen, hychochondrischen und mystischen Wahnvorstellungen, sehr oft dagegen durch Grössenideen veranlasst, am häufigsten bei Abwehrwahnvorstellungen (idées de defense). Sie entwickeln sich parallel mit dem Wahn, so dass auf die Phase der Systematisirung der Wahnvorstellungen, die der Stereotypien folgt, die schliesslich automatisch werden. Die andre Ansicht, dass die Stereotypien primär sind und Wahnideen nur zur Erklärung dran geknüpft werden, genügt nur für gewisse Fälle, reicht aber nicht aus. Stereotypien finden sich weiter nicht selten bei Dementia präcox (die Katatoniefrage wird dabei nur gestreift), bei secundärer Paranoia, bei secundären Formen von Demenz mit Wahnbildung, bei nihilistischen, systematisirten Wahnsinnsformen, bei Paralyse sehr selten, im Verlauf von manchen Zwangsvorstellungspsychosen (obsessions), bei folie du doute, auch bei den einfachen Ticerkrankungen (tic d'habitude), sehr selten bei Erschöpfungszuständen und der psychischen Desequilibration. Differential-diagnostisch kommen athetotische Bewegungen, Zittern, tic convulsif, impulsiver raptus, automatische Bewegungen bei Hysterie und Epilepsie, tics mentaux in Betracht. Unter bestimmten Voraussetzungen geben die Stereotypien eine ungünstige Prognose.

Personalnachrichten.

— An der Universität **Bonn** hat sich Dr. med. Foerster mit einer Antrittsrede „Ueber die Wandlungen der psychiatrischen Therapie im Laufe des vorigen Jahrhunderts" und Dr. med. R. Finkelnburg mit einer Rede über „Unsere gegenwärtigen Kenntnisse in der Frage der Gehirnlokalisation" habilitirt.

— Personalveränderungen an den nassauischen Irrenanstalten.

I. Eichberg:

Geh. Medicinalrath Dr. Schrötter, bisher Director, trat am 1. X. 02 in den Ruhestand. An seine Stelle trat als Director der bisherige Oberarzt Dr. A. Bothe. Oberarzt wurde Dr. K. Schmelzeis, vorher Assistent in Weilmünster.

II. Weilmünster:

Die durch die Ernennung von Dr. Lantzius-Beninga zum Director frei gewordene Stelle des Oberarztes wurde am 1. X. 02 durch Dr. Resch, bisher Assistent an der Frankfurter Anstalt, besetzt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 34. 22. November. 1902.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Halbseitiges Delirium.

Von Prof. *E. Bleuler*, Burghölzli-Zürich.

Der Paralytiker L. lag am Vormittag des 13. IX. 1902 in seinem Bette auf dem Rücken; die linke Hand hielt er ganz ruhig — meist, aber nicht immer, unter dem Kopf. Der rechte Arm machte unaufhörlich weitausgreifende, kräftige, wenn auch etwas ungeordnet erscheinende Bewegungen, ähnlich wie ein Delirant mit lebhaftem Beschäftigungsdelir, nur kräftiger und ohne starken Tremor. Ein Theil dieser Bewegungen war nicht verständlich, wenn er auch das Gepräge von Handlungen trug. Andere waren sehr deutlich: die Hand ergriff Stricke, zog sie aus der Höhe herab, hackte, wie wenn sie eine Axt oder ein ähnliches Werkzeug hielte, sie säete etwas (auf Anfrage, was er thue, antwortete Patient, er säe Gerste); die Hand machte Greifbewegungen, oft mit grosser Kraft — man sah dann dem Patienten die Anstrengung im Gesichte an —, schleuderte die (eingebildeten) Sachen fort, oder legte sie an einen anderen Ort.

Manchmal bekam dabei die Hand die Decke oder das Kissen zu erfassen und riss es weg. Dann machte die linke Hand wieder Ordnung, schob das Kissen zurecht, zog die Decke herauf, einmal wischte sie auch den durch Suppe nass gewordenen Mund, alles, während die rechte Hand ungestört weiter arbeitete.

Einige wenige Male griff die linke Hand auch nach rechts hinüber und streifte etwa 5 cm über dem rechten Arm in der Luft, ohne diesen zu berühren, von der Mitte des rechten Unterarmes bis zur Mitte des Oberarmes. Gewöhnlich ist der rechte Arm in diesem Momente relativ ruhig; es scheint in diesen wenigen Sekunden der linke Arm an dem Delir des rechten Theil zu nehmen. Gelegentlich treffen sich

beide Hände — offenbar zufällig — dann fasst etwa die Eine die Andere wie einen fremden Gegenstand; doch hat nur einmal die linke die rechte Hand längere Zeit festgehalten, während diese sich los zu reissen suchte.

Am gleichen Vormittag schlief Patient längere Zeit (schnarchte): während dessen arbeitete der rechte Arm fort.

Mittags 12 Uhr. Auf Berühren, Stechen, Streichen der linken Körperseite und Extremitäten antwortet die linke Hand meist und zwar richtig; es wird gut lokalisirt. Dann und wann nimmt die rechte Hand an Abwehrbewegungen der linken theil, meist macht sie bei Reiz der linken Seite nur ihre Arbeit energischer; selten macht sie auch Abwehrbewegungen, die nach Art und Ort ganz unpassend sind, schlägt z. B. bei Stich in die linke Körperseite nach rechts in die Luft hinaus.

Beide Beine zeigen — wie schon am Vormittag — Zuckungen ohne Locomotion, doch kommt das rechte Bein etwa über den Bettrand hinunter, wird spontan heraufgezogen oder vom Wärter hinaufgethan. Auf Stechen und Kitzeln des linken Fusses regelmässig einfaches Zurückziehen; rechts komplicirtere, aber nicht verständliche Bewegungen, worauf das Bein ungefähr in seine ursprüngliche Lage zurückkehrt. Ebenso bei Reiz durch Wasseranspritzen.

Stechen, Kneifen, Bespritzen von Rumpf, Gesicht und Arm rechts verursachen energische Kampfbewegungen des rechten Armes mit deutlichem Angriff (nicht bloss Abwehr). Der Patient scheint gegen ein Phantom zu seiner rechten Seite zu kämpfen mit Greifen, Schleudern, Boxen, Faustschlägen. Die rechte Hand trifft die gereizte Stelle sehr selten und anscheinend nur zufällig.

Der linke Arm nimmt nur ausnahmsweise daran theil. Bei Reiz rechts am Kopfe greift er etwa auf die rechte Seite hinüber, aber dann verspätet.

Sich selbst überlassen, kümmert sich die rechte Seite kaum um die Wirklichkeit. Die rechte Hand erfasst zwar gelegentlich die Decke, aber offenbar nur zufällig, da sie überallhin Greifbewegungen macht. Dann ist sie auch im Stande, die Decke in mehreren Griffen rasch in die Höhe zu ziehen, neben das Bett zu werfen und Aehnliches.

Die linke Hand hält sich für gewöhnlich ruhig, reagirt aber immer richtig auf die Wirklichkeit. Sie zieht das Leintuch vom Gesicht, ordnet das Kissen, seltener auch die Decke, wenn die rechte Hand die Dinge in unbequeme Lage gebracht hat. Doch zeigt sie nicht gerade eine grosse Intelligenz; das unbequem liegende Kissen wird z. B. häufiger ganz weggezogen oder fortgeschoben, als unter den Kopf gelegt. Auch sind die Bewegungen nicht immer, aber meist, etwas tappig oder incoordinirt (paralytisch). Patient kann in der linken Hand ein Glas halten und trinken, verschüttet indessen einen Theil des Inhaltes, aber mehr in Folge der Erschütterungen durch die beständigen Bewegungen des rechten Armes, als durch die Incoordination des linken.

Um alle diese Thätigkeit kümmert sich die rechte Hand gar nichts.

Nachmittags ca. 2 Uhr. Die Trennung der beiden Seiten zeigt etwas mehr Ausnahmen als vor 2 Stunden, aber immer nur für ganz kurze Handlungen von wenigen Sekunden.

Der linke Arm kommt etwa der rechten Hand zu Hülfe, namentlich wenn diese anscheinend Stricke aus der Luft herunterholt oder vom Kopfe weg zieht. Gelegentlich wehrt die linke Hand die rechte ab wie eine fremde, wenn sie stärker nach links herüber kommt und den Körper berührt, oder sie hält die Decke oder das Kissen zurück, das die Rechte fortschieben will, aber nie lange.

Die zur Berührung nahe gebrachten Gegenstände erfasst die rechte Hand nie. Die Linke ergreift gut, doch ohne etwas damit zu machen, wenn Pat. nicht besonders dazu aufgefordert wird. (Später fasste auch die Rechte etwas, warf aber den Gegenstand sofort wieder weg.)

Ein auf das Gesicht gelegter Hut wird von der linken Hand jeweilen fortgeschoben, oder fortgelegt, wenn auch meist nicht sehr prompt. Durch dieses Bedecken des Gesichtsfeldes wurde der rechte Arm in seinen Handlungen nicht gestört.

Beim Versuch, den Patienten auf die Füsse zu stellen, macht er incoordinirte Bewegungen mit beiden Beinen und kann sich nicht aufrecht halten. Es schien, wie wenn das linke Bein nach links, das rechte nach rechts gehen wollte.

Dieser Zustand blieb den ganzen Nachmittag; nur ist zu bemerken, dass Patient einmal weinte, ohne über den Grund Auskunft zu geben. Die Arbeitsbewegungen des rechten Armes setzten keinen Augenblick aus.

Am späteren Nachmittag gab Patient auf Aufforderung durch Worte oder Geberden regelmässig die linke Hand, die rechte nie. Einmal, als ich gerade ins Zimmer getreten war, begrüsste mich die linke Hand sehr lebhaft und während sie meine Hand schüttelte, klopfte mir die rechte des Patienten freundlich auf die Brust. Das Experiment mit dem Hut wurde noch oft wiederholt mit dem gleichen Erfolg wie früher. Einmal setzte die linke Hand, einer kurz

vorher gegebenen mündlichen Aufforderung entsprechend, den Hut auf den Kopf. Da dies im Liegen des Patienten nicht leicht ging, — der Kopf hob sich im richtigen Moment, aber nicht genug — so kam die rechte Hand mit einem kleinen Schubbs zu Hülfe, um dann sofort ihre sonstige Thätigkeit wieder fortzusetzen.

Abends kurz vor dem gleich zu schildernden Anfalle hatten die beiden Hände einander etwas mehr unterstützt als vorher, namentlich beim Stricke aus der Luft holen. Hierbei gutes Zusammenarbeiten, wenn auch nur während wenigen Sekunden, so dass eine stärkere Coordinationsstörung oder choreatische Bewegung mit Sicherheit ausgeschlossen war.

Bei Reizung der rechten Seite nahm die linke etwa im Sinne der Handlung der rechten Seite theil. Sie griff und wehrte dann nicht nach der gereizten Stelle, sondern nach der von der rechten Hand angegriffenen oder vertheidigten. Sie nahm anscheinend von der rechten nicht nur eine falsche Lokalisation, sondern eine deliröse Auslegung an. Immer aber bildete das Zusammenarbeiten beider Arme nur eine ganz vorübergehende Ausnahme; die beobachteten Ausnahmen sind alle hier erwähnt.

Abends zwischen 8 und 9 Uhr bekam Patient plötzlich einen Anfall mit verschiedener Reaction auf beiden Seiten, ohne dass die eine Seite einmal in die Thätigkeit der anderen eingegriffen hätte (wohl verschiedene Hallucinationen beiderseits). Patient fing ganz plötzlich an mit dem rechten Arme sehr energisch dreinzuschlagen, die Geberden zu machen, wie wenn er Thiere (etwa von der Grösse von Mäusen und Ratten) erhaschte und sie fortschleuderte. Dann kämpfte er mit einem Mann in der Luft, dem er (mit Worten) drohte, den Schnurrbart auszureissen. Etwa 30 Mal machte er — oft unterbrochen durch andere Kampfbewegungen — eine Geberde, wie wenn er mit grosser Kraft und drohender Bewegung etwas ausreissen und dann fortwerfen würde. „Gelt, Dir hab ich den Schnurrbart ausgerissen", sagte er dann mehrmals, zuletzt sagte er statt „ausgerissen" einmal „abgeschnitten", doch hat er immer nur die Bewegung des Ausreissens gemacht.

Genau gleichzeitig mit der stärkeren Kampfbewegung rechts, fing er an, wie wild mit der linken Hand etwas vom Kopfe abzuwehren, wie wenn ein Wespenschwarm sich darauf niederliesse.

Die beiden Thätigkeiten (rechts Kampf mit Thieren und dem Mann, links Abwehr eines offenbar hauptsächlich g e f ü h l t e n Feindes am Kopfe (Wespen?) wurden nie confundirt.

Nach ca. 5 Minuten drehte sich Patient (liegend) in Verfolgung der rechtseitigen Hallucinationen nach rechts um seine Achse. Er wäre aus dem Bett gefallen, wenn man ihn nicht gehalten hätte. Schliesslich kam er mit unserer Unterstützung aus dem Bett. Hierbei keine deutliche richtige (unterstützende) Bewegung mit der linken Hand. Die rechte setzte den Kampf derweilen fort. Einmal fest auf dem Boden strebte ganz deutlich das rechte Bein nach rechts, das linke nach links in unsicheren kleinen Schritten, so dass Patient die Beine sehr weit spreizte und gehalten werden musste. Dann bekam das rechte Bein die Oberhand und zog das linke nach, und Patient fing an in einem ziemlich grossen Kreis nach rechts herumzugehen, das Gesicht peripher und etwas nach rechts gedreht, den Rücken nach der Innenseite des Kreises, beständig mit der rechten Hand nach einem Feinde greifend. Die linke war unthätig. Das linke Bein wurde immer nachgezogen. Schliesslich stiess Patient an ein Bett und kam zu Falle. Auf dem Boden machte er auf allen Vieren halb Uhrzeiger-, halb Manège-Bewegungen, den Kopf voraus oder etwas radiär gerichtet. Schliesslich kletterte Patient (ungeschickt) mit unserer Hülfe ins Bett, verlangte, dass man ihn „herunterhole", sprach einmal vom Bett, so dass man merkte, dass er wusste, was er wollte, und wurde schliesslich ins Bett gelegt. Daselbst beruhigte er sich rasch ganz, nahm rechts die frühere Thätigkeit wieder auf. Dauer des ganzen Anfalls vielleicht 10 Minuten. Später lag Patient längere Zeit auf der linken Seite; die linke Hand unter der linken Wange, mit der rechten arbeitete er. Hierbei kam der Kopf gegen den linken Bettrand. Vor 10 Uhr lag er auf dem Rücken, die linke Hand auf der Brust, die rechte arbeitete. Auch leichte Reize der linken Hand wurden nur träge beantwortet, Reize der rechten Seite zwei Mal mit einer Bewegung, die a n s c h e i n e n d richtige Lokalisation und Auslegung voraussetzte.

Bald nach 10 Uhr sehr starke Beschäftigung rechts und zwar nun auch mit dem Bein, offenbar in Coordination mit den Armbewegungen. Die Bewegung wurde so stark, dass Patient zum Schutze gegen Contusion 2 gr Chloral bekommen musste, worauf er die ganze Nacht schlief. Nur einmal, gegen morgen, wieder kurz dauernde Bewegung beider rechten Extremitäten, ohne dass Patient die Augen geöffnet hätte.

Während seines Delirs, d. h. während des ganzen Tages hatte Patient auf Anreden wenigstens mit Drehung des Kopfes und des Blickes geantwortet. Er verstand sicher einfache Aufforderungen, wenn er ihnen auch nicht immer folgte. Er gab z. B. die

linke Hand. Die Aufforderung die Zunge zu zeigen, verstand er am Mittag, kam ihr aber nicht nach und wurde schliesslich, als man insistirte, zornig. Er schrie mehrmals, er habe keine Zunge mehr, und brüllte nachher auch „nein“ auf die Frage: Wie heissen Sie?

Abends 4 Uhr zeigte Patient unter anderem die Zunge auf Geheiss. Daneben war nun eine gewisse Perseveration in den sprachlichen Aeusserungen deutlich.

Hielt man die linke Hand, so blieb er ruhig; hielt man die rechte, so wurde er zornig und lärmte. Spontane deliriöse Aeusserungen, z. B. „Zehntausend“. Er nannte auch den Namen seines Heimathsortes und ähnliches.

Pupillen gleich, mittelweit, auf Licht nicht reagirend. Die Augen waren meist halb geschlossen und wie der Kopf nach rechts gedreht. Auf Anrede von der linken Seite drehte er indess beides gut nach links. Auch passive Bewegungen in dieser Richtung fanden meist keinen wesentlichen Widerstand. Das rechte Auge war leicht zugekniffen (offenbar activ, nicht blosse Ptosis), doch so, dass Pat. noch damit sah. Annähern eines brennenden Streichholzes von links bewirkte Augenzwinkern. Prüfung rechts war nicht möglich, theils wegen der Stellung der Augen und des Kopfes, theils weil Patient auf alle Versuche, das Lid zu heben oder überhaupt von der rechten Seite auf ihn einzuwirken, mit heftigen Bewegungen des rechten Armes und schliesslich auch des Kopfes reagirte.

Desswegen war auch ein Unterschied zwischen Auffassung durch linkes und rechtes Ohr nicht zu prüfen.

Geruch und Geschmack natürlich nicht zu prüfen.

Die bis jetzt und im Folgenden geschilderte einseitige Reaction auf die Aussenwelt bezog sich also fast nur auf das Tastgefühl. Doch nahm das Gesicht jedenfalls theil und auf Anrede wurde viel häufiger eine nicht deliriöse Action in Wort oder Handlung (oder dann gar keine) erhalten als eine deliriöse. Spontane Aeusserungen des Patienten waren meist deliriös und unverständlich.

Die Unterlippe war ein wenig nach rechts verzogen. Das Mienenspiel war beweglich: zornig bei Reiz rechts, gleichgültiger bei Reiz links.

Patient lag den ganzen Tag meist etwas schief, mit dem oberen Theil des Körpers nach rechts gewandt; erst in der Nacht einmal schief nach links (siehe oben).

Aus der Krankengeschichte sind noch folgende Détails erwähnenswerth.

L. geb. 26. X. 51. Fuhrmann und Händler. Wahrscheinlich keine Heredität. Bis im Herbst 1900 gesund. Dann Schlaganfall ohne Bewusstseinsverlust; 2 Tage dauernde Lähmung rechts. Anscheinend vollständige Erholung. Herbst 1901 zwei Anfälle: bewusstlos, nicht gelähmt, einen Tag lang sprachlos. Nachher verwirrt, „stotterte“, kannte die Umgebung nicht; aus dem Spital, wohin er gebracht worden, sprang er in der Nacht durch das Fenster, lief heim mit den Kleidern eines andern Kranken. Seither hat er unregelmässig gearbeitet und viel getrunken. Im Juli 1902 mähte er die Wiesen ganz unregelmässig, nur stellenweise ab, liess Geschirr und Kleider liegen, riss den Nachbarn Gemüse aus, schlug Obst herunter, melkte alle Augenblicke die gleiche Kuh, schimpfte unmotivirt mit den Kindern, machte mit einem anderen Blödsinnigen Verträge über Hausverkäufe u. s. w., lief nachts immer mit einem Licht im Hause herum, sah schliesslich Mäuse und Ratten.

Den 19. VIII. 02 wurde L. ins Burghölzli gebracht, wo er sich die ersten Wochen nicht veränderte.

Narben in der Schenkelgegend, nach seiner Angabe von einer Geschlechtskrankheit herrührend. (Alkoholische) Telangiectasien an Nase und Wange. Reflectorische Pupillenstarre, Pupillen gleich, Patellarreflexe verstärkt, Silbenstolpern, starker Tremor. — Augenschluss begleitet er mit krampfhaften Contractionen aller Gesichtsmuskeln. Statt einfacher Bewegungen der Arme und Beine tritt der ganze Körper in Aktion.

Oertlich orientirt. Kommt in die Anstalt, weil er zeitweise verrückt sei; er wolle alles tödten. Als er aus dem Spital lief, sei es ihm gewesen, wie wenn ihm jemand nachspringe. In seiner Verrücktheit sei er einmal über das ganze Meer gerannt.

Zeitlich vollständig desorientirt.

Wechselnde Grössenideen. Vermögen von 2 Millionen. Er ist 4 Ctr. schwer gewesen. In 14 Tagen hat er 35 Pfund zugenommen. Er ist auf dem Mond gewesen. Euphorisch. Leichtes Umspringen des Affectes. Schlechte Auffassung.

Verlässt etwa das Bett, um Holz zu führen, findet kein Holz, verschiebt dann seine Arbeit auf morgen und geht wieder ins Bett. Auch sonst motorisch oft stark erregt.

Anfangs IX. schlechter; man musste ihm das Essen eingeben, weil er zu viel verschüttete, oft den Mund mit dem Löffel nicht fand. Immerhin schreibt er seinen Namen, so dass man ihn erkennen kann; doch macht er die Worte nicht fertig.

Einmal vorübergehend deprimirt. Er hat einigemal Chloral und Hyoscin mit Morphium bekommen wegen starker motorischer Aufregung.

Am 12. IX. vormittags war er sehr aufgeregt, dann spontaner Schlaf. Nach dem Erwachen sass Patient im Bett, konnte nicht reden, kaum schlucken, den Löffel nicht halten. Die rechten Extremitäten bewegungslos, leisteten passiver Bewegung einigen Widerstand. Aufgefordert zu schreiben, nimmt er den Bleistift in die linke Hand, schreibt drei einander ähnliche Schnörkel, spiegelschriftähnlich, doch unverständlich. Anderen gesprochenen Aufforderungen kommt er nicht nach. Auf Anrufen seines Namens reagirt er mit „ja“. Gelegentlich äussert er Bruchstücke anderer Worte, die perseverirend wiederholt werden. Er giebt die linke Hand, wenn man es durch Zeichen verlangt.

Wird ärgerlich, dass man ihm während der Untersuchung das Essen wegstellt, holt es mit der linken Hand.

Auf starke Reize leichte chronische Zuckungen in beiden Beinen. Kopf fast immer nach rechts gewendet; auf Anrufen kann er ihn auch nach links drehen. Das rechte Auge etwas zugekniffen. Sieht — ob mit dem ganzen Gesichtsfeld, ist nicht zu prüfen.

Bemühungen, ihn mit der rechten Hand essen zu lassen, haben perseverirende Klopfbewegungen zur Folge.

Auf Nadelstiche links reagirt Pat. prompt durch abwehren mit der linken Hand und zurückziehen des gestochenen Gliedes. Rechts zieht er das gestochene Glied nur spät und wenig zurück, macht etwas verspätete unpassende Abwehrbewegungen mit der linken Hand, die schliesslich zu einer perseverirenden Bewegung werden, wie wenn er Kaffee mahlte. Auf Kitzeln der Fusssohlen wird das linke Bein prompt zurückgezogen.

Nachmittags Schlaf. Abends Temperatur 38,5.

13. IX. 02. In der Nacht zwei Mal Erbrechen. Später traten zuckende Bewegungen in der rechten Zehe auf, dann im Knie, dann im Arm. Nach und nach wurden die Bewegungen im Letzteren ausgiebiger. Am Morgen sagte er auf alle Fragen und Aufforderungen ja, ohne letztere auszuführen. Bemüht sich auf Aufforderung durch Gesten, die rechte herumfuchtelnde Hand zu reichen. Wird Patient mit seinem Namen gerufen, dreht er den Kopf prompt nach dem Untersucher. Er folgt sonst Aufforderungen nicht.

Es folgt nun der oben beschriebene Zustand.

Nachheriges Verhalten. 14. IX. 02. Für gewöhnlich nicht mehr delirirend. Konnte, wenn auch sehr ungeschickt, morgens selbst essen. Beiderseits Coordinationsstörungen, merkte es, wenn er die linke Hand ins Leintuch verwickelte, während er rechts unbekümmert darum die Hand zu geben versuchte. Patient erlaubte die Prüfungen der Tricepsreflexe links ohne Widerstand, rechts sträubt er sich stark. Hört rechts hinten oben klopfen. Echolalie. Perseveration.

Ueber den Anfall ist nichts herauszubringen, er ist offenbar vergessen.

Abends mit der Hand unverständliche Bewegungen, durch die die Decke verschoben wird; letztere wird mit der linken Hand immer wieder heraufgezogen.

15. IX. 02. Macht mit der rechten Hand noch viel unnöthige, ataktisch erscheinende Bewegungen. Giebt die rechte wie die linke, spricht undeutlich, aber noch verständlich. Euphorie.

Liest abends Geld mit der rechten Hand von der Decke ab und reicht es dem Arzt. Aufgefordert, es mit der Linken zu geben, sucht er einen Moment mit der Linken, braucht dann die Ausrede: es sei im Kasten, man solle es holen. Giebt mit der rechten Hand dem Wärter (eingebildetes) Geld, damit er für 5 Fr. Wein hole.

Oertlich einigermaassen orientirt. Sehr starke Perseveration im reden. Schreibt mit der rechten Hand unverständliches Strichgeschlinge. Nimmt nachher, ohne den Irrthum zu merken, mit der rechten Hand den Finger des Arztes und macht damit Schreibbewegungen, wie wenn der Finger ein Schreibstift wäre.

Bei geschlossenen Augen erkennt er mit der linken Hand Gegenstände, führt ein Stück Brod zum Munde, isst es u. s. w. Giebt aber viele falsche Antworten in Folge der Perseveration. Mit der rechten Hand erkennt er weniger gut (gar nicht?). Er hält z. B. eine Streichholzschachtel für eine Kelle und rührt damit in entsprechender Weise herum.

Er wird durch Stiche aufgeregt, flucht „aber nicht wegen des Stechens, sondern wegen des beständigen Redens". Geht zum Nachtstuhl, steckt aber zuerst den Fuss in den Topf.

17. IX. 02. Euphorie. Beiderseits gleiches Verhalten in Bezug auf Sensibilität und Motilität. Grössenwahn, Confabulation, motorische Erregung. (Patient zeigt von nun an das Bild des gewöhnlichen erregten Paralytikers.)

24. IX. 02. Macht sich in den letzten Tagen beständig mit der Decke zu schaffen, uncoordinirte Bewegungen beiderseits, aber rechts meist etwas lebhafter als links. Sonst kein Unterschied zwischen links und rechts. — Psychisch unklar erregter Paralytiker.

Im vorliegenden Falle haben wir es natürlich mit etwas principiell anderem zu thun, als mit blossen einseitigen Hallucinationen, auf welche eine einheitliche Psyche antwortet.

Rechte und linke Extremitäten unseres Patienten zeigten einen ganzen Tag lang ein total verschiedenes Verhalten: Der linke Arm reagirte richtig auf die Aussenwelt, d. h. so wie dieser Paralytiker im gewöhnlichen Dauerzustande reagirte. Der rechte Arm markirte eine Beschäftigung, die mit den wirklichen Verhältnissen keinen Zusammenhang hatte und reagirte auf die Reize von aussen inadäquat genau wie ein Delirirender. Dass ein Delirium wirklich vorhanden war, daran kann man nicht zweifeln, nachdem der Patient selber sich mehrmals im Sinne des Delirs geäussert hat.

Vorübergehend delirirten einmal beide Körperhälften, aber in ganz verschiedenem Sinne. Sprachliche Aeusserungen über den Inhalt des Delirs kennen wir aus dieser Zeit allerdings nur von rechts, aber die Handlungen beider Seiten waren so absolut verschieden und vollständig getrennt — wollten doch die functionell so eng verbundenen Beine nach verschiedener Richtung gehen — wie wenn 2 Personen vorhanden gewesen wären.

Einmal schlief Patient, während der rechte Arm weiter arbeitete.

So interessant der Fall ist, so unbefriedigend ist er vorläufig. Der Zustand des Patienten, das Delir selbst, erlaubte eine genaue Untersuchung nicht. Die Amnesie, die Confabulation, die Perseveration, der ganze paralytische Blödsinn machte eine Katamnese und damit ein Eindringen in die psychischen Verhältnisse unmöglich.

Was wir Neues daraus ersehen, ist, dass beide Hirnhälften gleichzeitig unabhängig von einander die Eindrücke der Aussenwelt verschieden verwerthen und entsprechende komplizirte Handlungen ausführen können.

Die rechte Seite des Patienten war beständig in typischem Beschäftigungsdelir begriffen, die linke erfasste und behandelte die Umgebung richtig. Meistens verliefen die beiden Aktionen vollständig getrennt, und dann und wann, für ein kurzes Handlungsrudiment, riss die eine Hälfte die andere mit sich und wurde die Thätigkeit der activeren, delirirenden Hälfte häufiger der anderen Seite mitgetheilt, als umgekehrt.

Alle Muskeln am Kopfe (Augen, Mimik etc.), sowie die Beweger des Kopfes waren im Dienste beider Hälften. War der Patient sich selbst überlassen, so waren sie meist von der rechten Seite in Besitz genommen. Erlangte die Wirklichkeit durch Anreden grösseren Einfluss, oder wurde die linke Seite gereizt, so reagirten Blick, Miene, Sprache, im Sinne der Wirklichkeit, um nachher rasch wieder von der deliriösen Gehirnthätigkeit in Anspruch genommen zu werden.

Es sei besonders darauf aufmerksam gemacht, dass die nicht delirirende Seite (die rechte Hirnhälfte) auch ein wenig, wenn auch selten, über die Sprache verfügte.

Wie sich das „Bewusstsein", die Psyche, dabei verhielt, bleibt dunkel. Durch die sprachlichen Aeusserungen liess sich mit der Sicherheit, womit man überhaupt bei anderen Menschen etwas über das Bewusststein konstatiren kann, feststellen, dass eine Psyche im Sinne des Delirs und eine zweite, etwas paralytisch unklare, aber nicht delirirende Psyche nacheinander, d. h. miteinander abwechselnd, vorhanden waren. Die Betrachtung des Patienten machte ein gleichzeitiges Vorhandensein beider Bewusstseinskomplexe äusserst wahrscheinlich. Zu beweisen war dies natürlich nicht.

Da wir von den Gehirnfunktionen noch fast nichts wissen, ist es sehr leicht, sich eine Vorstellung von diesem Mechanismus halbseitiger Delirien zu bilden, ohne mit bekannten Thatsachen in Widerspruch zu gerathen.

Wir müssen uns natürlich denken, dass während des Bestehens der Anomalie jede Hirnhälfte für sich arbeitete, dass die Einwirkungen der einen Hemisphäre auf die andere für gewöhnlich aufgehoben und dass nur dann und wann bei einer intensiveren Action die Thätigkeit der einen Hemisphäre die andere influirte.

Wir wissen, dass eine Hirnhälfte genügt, um eine psychische Persönlichkeit zu erhalten. Einer aufgeregten Katatonika z. B. wurde durch eine Embolie in die Basalarterien die rechte Hemisphäre so zerstört, dass es ein Jahr später bei der Section unmöglich war, in dem sie ersetzenden, schwappenden Piasack Hirntheile zu erkennen. Die Kranke war natürlich links vollständig gelähmt gewesen, hatte aber psychisch keine Veränderung gezeigt. Sie sang kurz nach dem Insult eine ganze Nacht durch mit lauter Stimme eine Menge Lieder, schimpfte und fluchte wie früher u. s. w. — Ein normales Kind bekam eine Lähmung der rechten Seite, die dann in der Entwicklung ziemlich stark zurückblieb (Rumpf und Extremitäten). Patient wurde aber Hausirer und brachte sich Jahrzehnte lang durch, bis er wegen Alkoholismus in Rheinau versorgt werden musste. Nach seinem Tode war die l. Hemisphäre enorm geschrumpft und in ihren Elementen in einem Zustand, der eine wesentliche Antheilnahme an den psychischen Funktionen unwahrscheinlich machte.

Wenn nun die Funktion einer einzelnen Hemisphäre einen Menschen repräsentiren kann, sobald die andere zerstört ist, so ist es auch möglich, dass jede Hemisphäre gleichzeitig einen anderen Thätigkeitscomplex besitze, von denen jeder eine Persönlichkeit repräsentirt, wenn die funktionelle Verbindung beider Hemisphären unterbrochen ist.

Die Möglichkeit, das ein Schädel zwei Personen enthalte, ist also nicht auszuschliessen, wenn sie auch noch nicht direkt bewiesen ist. Unser Fall fordert aber auf, mit ihr zu rechnen. Liesse sich z. B. in Liepmann's hochwichtigem Falle von einseitiger Apraxie das Verhalten des Patienten, der rechts apraktisch war, aber dennoch nur mit dieser Seite auf die Aussenwelt reagirte und seine Fehler gar nicht merkte, am einfachsten so erklären, dass die apractische Hirnhälfte für gewöhnlich zwar nicht allein arbeitete, aber die Führung übernahm, dass diese jedoch an die andere nicht apraktische, aber weniger erregbare Seite abgegeben werden musste, wenn äussere Hindernisse sich ihrer Thätigkeit widersetzten? Das Ich des Patienten wäre bei dieser Annahme in wichtigen Componenten ein anderes bei den apractischen Handlungen als bei den linksseitigen normalen.

Ueberlassen wir indess die weitere Verwerthung des Falles der Zukunft. Er braucht noch vielseitiger Ergänzungen durch neue ähnliche Beobachtungen, bevor er sich als Baustein im Fundament einer Theorie wird verwerthen lassen.

Nachschrift: Bis zum 15. XI. 1902 hat die Verblödung des Patienten langsam zugenommen. Die r. Seite blieb meist thätiger als die l., beschäftigte sich z. B. sehr viel mit unge-

ordnetem Heraufziehen der Decke, wobei die l. Hand dann und wann zur Hülfe zugezogen wurde. — Vereinzelte Handlungen wurden mit der r. Hand unrichtig ausgeführt, ob im Sinne der Apraxie oder einer deliriösen Auffassung, lässt sich nicht entscheiden. Z. B. zerknitterte Patient einmal eine in die r. Hand gegebene Zeitung und versteckte sie sorgfältig unter der Decke, während er unmittelbar nachher auftragsgemäss zu lesen anfing, als ihm die Zeitung in die l. Hand gegeben wurde. — Manchmal reagirte die r. Hand gar nicht auf äussere Reize oder Aufforderungen, z. B. wenn die Handfläche mit Gegenständen berührt wurde, die hätten angefasst werden sollen. — Vorübergehend bestand mehrmals totale oder partielle Astereognosie rechts; links fehlte dieses Symptom oder war viel weniger ausgesprochen als rechts.

War Mohammed Epileptiker?

Von Dr. med. *M. L. Moharrem Bey*, I. Assistent der Prof. Dr. Schlösser'schen Augenheilanstalt in München.

(Schluss.)

An anderer Stelle erzählt Ibn Ishak: „Da Chadiga gehört hatte, dass Mohammed so wahrheitsliebend, treu und tugendhaft sei, schickte sie zu ihm und liess ihm anbieten, mit ihren Waaren als Geschäftsführer nach Scham zu gehen und versprach, ihn besser zu entlohnen, als sie einen andern Agent bezahlen würde. Er unternahm, von ihrem Sclaven Moysara begleitet, die Reise nach Scham, . . . verkaufte die mitgenommenen Waaren und machte neue Einkäufe. Dann trat er wieder in Gesellschaft Moysara's mit der Karawane die Rückreise an. Als sie in Mekka bei Chadiga angekommen waren, verkaufte sie die Waaren, die er mitgebracht hatte, und machte zweimal so viel Profit als gewöhnlich." *)

Der Heirathsantrag, den Chadiga ihm gestellt hatte, soll auch mit ähnlichen Ausdrücken eingeleitet worden sein. Er lautet: „Mein Vetter, sagte sie, ich begehre Dich wegen Deiner Verwandtschaft zu mir, wegen des Ansehens, das Du in Deinem Stamme geniesst, wegen der Reinheit Deiner Sitten und der Wahrhaftigkeit Deiner Sprache."

Auch die Einwilligung der vier Koraischstämme, dass Mohammed **) als Schiedsrichter fungieren solle, da sie beim Wiederbau der Kaaba nicht einig werden konnten, welchen Stammesrepräsentanten die Aufstellung des schwarzen Steines ***) übertragen werden sollte, und die freudige Aufnahme seines Schiedsspruches bestätigt das, was Chadiga an ihm gepriesen hatte. Ueber dieses Vorkommniss wird wie folgt bei allen Biographen berichtet: „Vier Tage lang blieben die Koraischiten entzweit und rathlos. Der Streit drohte zu Thätlichkeiten zu führen, wenn nicht Abu-Umaya, der damals der Aelteste des ganzen Stammes war, ihnen folgendes vorschlug: „Ihr Koraischiten, sagte er, bestellt den Ersteintretenden in dieses Heiligthum als Schiedsrichter in der strittigen Frage und unterzieht euch seinem Urtheil. Sie nahmen den Vorschlag an. Der Ersteintretende war Mohammed. Als sie ihn sahen, riefen sie alle aus einer Kehle: „Der ist ja der Amin, der Zuverlässige — wir vertrauen ihm die Entscheidung an und befolgen seinen Schiedsspruch". Als er sich ihnen näherte und sie ihn über den Sachverhalt unterrichteten, sagte er ohne Zögern: „Schafft mir ein Gewand herbei". Sie thaten es. Dann nahm er den Stein, legte ihn mit eigener Hand darauf und sagte: ‚Jeder Stammesvertreter soll an einer Ecke halten und alle sollen ihn gleichzeitig in die Höhe heben.' Sie thaten es. Und als sie die für den Stein bestimmte Stelle erreichten, schob ihn Mohammed mit eigener Hand hin und es wurde darauf gebaut. Die Koraischiten nannten ihn immer, bevor die göttliche Offenbarung auf ihn herabkam, al-Amin, der Zuverlässige." *) Noch eine Ueberlieferung will ich mittheilen, die sein Aeusseres etwas genauer beschreibt und manche seiner Characterzüge schildert. Dieselbe lautet nach Ibn Hischam**) wie folgt: „Die characteristischen Eigenschaften des Gesandten Gottes sind nach der von Ibrahim ibn Mohammed ibn Ali, ibn Abi Taleb, dem Omar, dem Sclaven Guffra's gemachten Aussage, dass Ali ihn, den Propheten, wie folgt zu schildern pflegte: ‚Er war von mittlerem Wuchs, nicht zu gross und nicht zu klein, gedrungen, hat kurzes, krauses nicht schlichtes Haar, nicht fettleibig oder behäbig. Sein Gesicht ist schön rund und voll, aber nicht gedunsen oder fleischig. Seine Hautfarbe ist matt weiss. Die Augen waren gross, dunkel und mit langen, zierlichen Wimpern versehen. Der Hals ist schön rund und zart und die stark und kräftig gebaute Brust trägt schwaches seidenes Haar. Die Handfläche und die Fussohle sind weich und fein. Seine Gangart war leicht, geschickt und elastisch. Wenn er sich umschaute, so drehte er sich ganz um.

*) Ibn Hischam S. 119 u. Ibn Saad fol. 29 u. 24.

**) Er war damals schon 35 Jahre alt.

***) Ein Stein, den die Araber vor und nach dem Islam als heilige Reliquie betrachteten.

*) Ibn Hischan Band 1 erster Theil, S. 122 u. 123 u. Ismael Abulfeda de vita Mohammedis Cap. VI, Pag. 13 u. 15 u. Andere.

**) Seite 266 u. 267.

Keiner übertraf ihn an Freigebigkeit und Wohlthätigkeit, an Kühnheit und Muth. Er war immer wahrhaftig und aufrichtig, ehrlich und rechtschaffen, freimüthig und treu und im höchsten Grade gewissenhaft. Er hatte nie gegen ein Versprechen, jemanden in Schutz zu nehmen, verstossen. Er hatte ein sanftes Gemüth und ein gutes Herz und war in seinem Umgange edel und grossmüthig. Demjenigen, der ihn nicht kannte, flösste er Respekt und Ehrfurcht ein, wenn man ihn aber kennen lernte und mit ihm verkehrte, so gewann man ihn schnell recht lieb." Es lassen sich noch mehrere andere Legenden und Ueberlieferungen citiren, die von seiner Milde und Güte, Nüchternheit und Bedächtigkeit, Leutseligkeit und Schlagfertigkeit, Gastfreiheit und Freigebigkeit, Opferwilligkeit und Wohlthätigkeit u. s. w. sprechen, auf die aber wegen der kurzbemessenen Zeit verzichtet werden muss.

Und nun wende ich mich zu der für das Thema weitaus wichtigeren zweiten Periode des Lebens Mohammed's, jener Periode, die mit seinem Auftreten als Gottesgesandter beginnt und mit seinem Ableben endigt.

Er war schon 40 oder 41 Jahre alt, als er die ersten Offenbarungen wahrnahm, die seine Botschaft angekündigt haben sollen.

Ueber den Beginn seiner Mission erzählt Aischa, seine zweite Frau, dass Mohammed seiner Zeit niemals etwas träumte, was sich nicht auffallend bewahrheitet hätte, und fügt dazu, dass Gott ihm die Zurückgezogenheit derart beliebt machte, dass er die Einsamkeit allem andern vorzog.*) Und über den Anfang der Offenbarungen und das Herabsteigen Gabriel's (Gibrils) erzählt Ibn Hischam nach der von Obeid dem Wahb ibn Kaisan gemachten Mittheilung, dass Mohammed die Gewohnheit hatte, jährlich einen Monat im Berge Hira**) zu verbringen, wobei er immer vorbeiziehenden Armen allerlei Nahrungsmittel schenkte und fortbetete bis zum Monate Ramadan des Jahres seiner Sendung, in welchem Gott ihn begnadete und sich der Menschheit erbarmte und ihm Gabriel herabsandte, worüber Mohammed selbst sich folgendermassen äusserte: Währenddem ich schlief, kam er (Gabriel) mit einer beschriebenen Tafel aus Seide und sagte: „Lies!" Ich antwortete: „Ich kann nicht lesen", worauf er mich damit derart presste, dass ich es für den Tod hielt. Dann liess er mich los und sagte: „Lies!" Ich erwiderte: „Ich kann doch nicht lesen", worauf er mich damit derart presste, dass ich es für den Tod hielt. Dann liess er mich frei und sagte von Neuem: „Lies!" Ich sagte ihm diesmal: „Was soll ich denn lesen?" Ich sagte dies nur deswegen, um mich dadurch von ihm zu befreien und damit er das nicht wiederhole, was er mir vorhin angethan hatte. Da sagte er aber: „Lies im Namen des Herrn, der den Menschen durch die Schrift lehrte, was er nicht wusste." Der Ueberlieferer theilt mit, dass Mohammed weiter erzählte: Ich las es, wonach Gabriel seine Aufgabe vollendet hatte und sich entfernte. Ich erwachte dann aus dem Schlafe mit dem Gefühle, als ob die Worte in meinem Herzen eingeschrieben seien. Ich trat dann heraus und ging bis ich die Mitte des Berges erreichte, dann hörte ich eine Stimme vom Himmel rufen: ‚Mohammed, Du bist der Gesandte Gottes und ich bin Gabriel.' Ich stand still und schaute zu ihm ohne mich von der Stelle zu rühren und versuchte mein Gesicht nach den verschiedenen Richtungen des Himmels zu wenden. Ich konnte aber nirgends hinblicken, ohne ihn in der gleichen Gestalt wie zuvor zu Gesicht zu bekommen. Ich that keinen Schritt vorwärts und keinen zurück, bis Chadiga ihre Leute mich zu suchen schickte. Diese erreichten die Höhen Mekka's und kehrten wieder zurück ohne mich zu finden, während ich noch immer auf demselben Fleck wachstand. Dann verliess er (Gabriel) mich und ich kehrte zu den Meinigen zurück. Ich kam zu Chadiga und setzte mich dicht neben sie. Sie frug: „Wo warst Du Abul-Kacin?*) Bei Gott, ich schickte nach Dir meine Leute, die bis zu den Anhöhen Mekka's gingen und erfolglos zurückkehrten". Da erzählte ich was ich erlebte, worauf sie sagte: „Freue Dich ob der Botschaft, Sohn meines Oheims, und bleibe fest".**)

Chadiga soll nach der Angabe Ibn Ischak noch Folgendes mitgetheilt haben***): „Vermagst Du, mein Vetter", hat Chadiga Mohammed gefragt, „mich von der Ankunft Deines Genossen (des Engels) zu unterrichten in dem Augenblicke seines Erscheinens". Mohammed bejahte es, worauf sie sagte: „Also, wenn

*) Ibn Hischam, 1. Theil Band 1. S. 151, — Ibn Saad fol. 37; — Muslim, Bd. 1 S. 112; Buchari Band 1 Seite 3; — Ismael Abulfeda Cap. VII, pag. 14, Tabary S. 86.

**) Heute unter dem Namen Gabal-Enur bekannt, und etwa 2 km von Mekka entfernt gelegen. Vide al Mischkat von Abd-Elback Bd. 4 S. 555. Unter diesem Namen findet man ihn auch in Sossan's Panorama von Mekka; table l'Empire Ottomane.

*) Abu heisst Vater und Kacim ist der Name des ersten Sohn's Mohammed's.

**) Ibn Hischam S. 152 u. 153, Ibn Schayba S. 12, Muslim Bd. 1 S. 112, Tabary, S. 86, Ibn Ischak bei Tabary S. 91, Ibn Abi Schayba S. 14, Bochari cairenser Ausgabe 1312 d. Higra Bd. 1 S. 3 u. Baghwoy, Tafsir 74, 1.

***) Ibn Hischam Bd. 1 R. 154 u. Icaba noce Chadiga aus abu Noaym's Dalayil al Nobusvah.

er ankommt, theilst Du es mir gleich mit". Als Gabriel ihm wie gewöhnlich erschien, rief Mohammed: „O, Chadiga, da ist er gekommen!" Sie erwiederte: „stehe auf, mein Vetter, und setzte Dich auf mein linkes Bein nieder". Er stand auf und setzte sich hin. Sie frug ihn, ob er den Engel sehe. Er bejahte es, worauf sie ihm sagte: „Aendere Deinen Sitz und komme auf die rechte Seite". Er that es, und nachdem sie auf die Anfrage, ob er ihn noch sehe, dieselbe bejahende Antwort erhielt, da sagte sie: „lasse Dich jetzt auf meinen Schooss nieder". Er liess sich darauf nieder, und noch einmal erwiederte er ihre Frage mit der Antwort, dass er ihn noch sehe. Da entblösste Chadiga ihre Arme und legte ihr Kopftuch ab*), während Mohammed noch auf ihrem Schooss blieb, und fragte: Siehst Du ihn noch? Er verneinte es, worauf sie sagte: „Sei festen Sinnes und muthig, Sohn meines Oheims, und freue Dich darüber"**).

Bei Bei-dowi finden wir folgende Legende, die zu den ersten Offenbarungen gehört, welche Mohammed selbst erzählt haben soll. Dieselbe lautet: Als ich einmal promenierte, hörte ich eine Stimme vom Himmel rufen. Ich richtete meinen Blick aufwärts und sah jenen Engel, der mich in Hira aufgesucht hatte. Er sass auf einem Thron zwischen Himmel und Erde. Ich erschrak bei dessen Anblick, kehrte zitternd zu den Meinigen zurück und bat: „Wickelt mich ein, wickelt mich ein" ***).

Es scheint, dass Mohammed nach diesen ersten Offenbarungen dessen sich nicht bewusst war, was eigentlich mit ihm vorging und sogar einige Zeit in grossem Zweifel über die Bedeutung solcher Gesichts- und Gehörswahrnehmung blieb, bis seine Umgebung, seine Frau Chadiga und ihr Anverwandter Waraka, ihn darüber aufgeklärt hatten. Diese zwei Personen, besonders Waraka, der Christ sein soll und die hl. Schrift lesen konnte, haben ihm nicht nur die Sorge und das Bekümmerniss verscheucht, welche Mohammed von den Folgen dieser ihm unbekannten Wahrnehmungen fürchtete, sondern sie brachten ihm die Ueberzeugung bei, dass es nur die in den alten Schriften verheissene göttliche Botschaft sein kann und es auch ist. Ich führe die getreue Uebersetzung dieser Traditionen hier an, ohne dieselben abzukürzen oder etwa Wiederholungen zu meiden, da dadurch der zusammenhängende Sinn irgendwie geschädigt wird und verloren geht.

*) Nach einer andern Tradition soll diese Stelle lauten: Chadiga hat ihn zwischen ihr Hemd und ihren Leib geschoben.

**) Mit dieser Manipulation wollte Chadiga diesen Ankömmling prüfen. Die Araber glaubten nämlich, dass die Satane das Unästhethische lieben und die Engel als reine und keusche Kreaturen Unästhethisches vermeiden und fortfliegen.

***) Dieselbe Legende finden wir auch bei Ibn Hischam, Buchari, Muslin und Ibn Saad.

Thabari hat die folgende, ziemlich ausführlich aufgezeichnete Legende uns übermittelt; dieselbe lautet:*) „Der Prophet pflegte jedes Jahr einen Monat im Berge Hira mit religiösen Andachten zuzubringen. Hira war einer der Plätze, in denen die Koraischiten das Thahannoth zu verrichten pflegten. „Thahannoth" bedeutet „sich heiligen". Der Prophet brachte also jährlich einen ganzen Monat daselbst zu, und speiste die Armen, die vorüberkamen. Wenn er zurückkehrte, nach Verlauf des Monats, ging er sieben Mal um die Kaaba herum, bevor er sich nach Hause begab. Als der Monat heranrückte, in dem Gott beschlossen hatte seine Wunder an ihm zu thun, d. h. der Ramadhan des Jahres, in dem er seine Sendung erhielt, ging er mit seiner Familie seiner Gewohnheit gemäss nach Hira. In der Nacht, in welcher ihn Gott begnadete und sich der Menschheit erbarmte, kam der Engel Gabriel zu ihm. Mohammed erzählt das Weitere mit folgenden Worten: Er kam zu mir, währenddem ich schlief und brachte eine beschriebene Tafel aus Seide und sagte: „Lies!" Ich antwortete: „Ich kann nicht lesen." Er drückte mich damit derart, bis ich glaubte, es sei aus mit mir. Dann liess er mich los und sagte: ‚Lies!' Ich erwiderte: „Ich kann nicht lesen." Er drückte mich nochmals damit derart, bis ich glaubte, es sei aus mit mir. Dann liess er mich wieder los und sagte: „Lies!" Ich antwortete: „Was soll ich denn lesen." Ich gab diese Antwort blos um dem zu entkommen, was er mir vorher angethan hatte. Er sprach aber: „Lies", im Namen deines Herrn, welcher erschaffen hat etc. Ich las es. Nun hatte er vollendet und verliess mich. Ich erwachte aus dem Schlafe, mit dem Gefühl, wie wenn es in meinem Herzen eingestrichen wäre. Ich hasste nichts mehr in der Welt als Dichter und Besessene und konnte ihren Anblick nicht ertragen. Ich sagte daher zu Chadiga: Der, von welchem man es nicht gedacht hätte, ist entweder ein Dichter oder von einem Ginn**) beherrscht. Damit meinte er sich selbst. Sage es ja den Koraischiten nicht. Ich gehe auf die Spitze eines Berges hinauf und stürze mich hinab. Ich bringe mich halt um's Leben, um Ruhe zu finden. Um dieses Vorhaben auszuführen, ging ich bis auf die Mitte des Berges. Dort angelangt, hörte ich aber eine Stimme vom Himmel rufen: „O, Mohammed, du bist der Gesandte Gottes und ich

*) S. 91 Thabari folgt der im Werke Ibn Ishak's nach dem Texte Salama's überlieferten Legende.

**) Dem Begriffe Genius gleichbedeutend.

bin Gabriel." Ich stand still und schaute ihn an. Dies hielt mich von meinem Vorhaben ab. Ich ging weder vorwärts noch rückwärts. Dann sah ich mich am ganzen Horizonte um und wo ich immer hinblickte, sah ich ihn in derselben Gestalt. Ich blieb stille stehen, ohne einen Schritt vorwärts oder rückwärts zu thun, bis Chadiga Leute nachschickte mich zu suchen. Sie gingen nach Makka und kamen dann nach Hira zurück, während ich noch am selben Platze stand.

Endlich verschwand der Engel und ich kehrte zu den Meinigen zurück. Ich setzte mich Chadiga auf den Schooss und schmiegte mich fest an sie. Sie frug: „Wo warst Du Abul Kaçim gewesen. Ich habe meine Leute Dich zu suchen geschickt. Sie sind bis nach Makka gekommen, und haben Dich nicht gefunden." Ich sagte zu ihr: „Der von dem man geglaubt hätte ist entweder ein Poet oder vom Ginn besessen." Sie sprach: „Gott ist mein Schutz, Abul Kaçim. Gott wird Dir so etwas nie wiederfahren lassen, denn Du sprichst die Wahrheit, beobachtest Treue, hast reine Sitten, und hältst mit Deinen Verwandten. Was kann Dich auf diesen Gedanken gebracht haben, hast Du vielleicht etwas Besonderes gesehen." Ich antwortete: „Ja" und erzählte ihr, was ich gesehen habe. Sie sprach: „Freue Dich, mein Vetter, und sei guten Muth's. Er, in dessen Hand das Leben Chadigas ruht, ist mein Zeuge, dass Du der Prophet dieses Volkes sein wirst." Dann stand sie auf, kleidete sich an und ging zu ihrem Vetter Waraka. Dieser Waraka hatte sich zum Christenthum bekehrt und konnte die Bibel lesen und hatte die Christen öfters angehört. Sie erzählte ihm, was ihrem Manne geschah und Waraka rief gleich aus: „Heilig! Heilig! Wenn das, was Du mir sagst wahr ist, so kommt zu ihm der grösste Engel, der zu Moses gekommen ist und er wird der Prophet dieses Volkes sein. Theile ihm das mit und sage ihm, er möge standhaft bleiben." Chadiga kehrte zum Propheten zurück und verkündigte ihm, was Waraka gesagt hatte. Sie beschwichtigte zum Theil seine Aufregung.

Als die Zeit, die er (Mohammed) zu Hira zu verbringen pflegte, verlaufen ist, kehrte er nach Makka zurück und seiner Gewohnheit gemäss ging er um die Kaaba herum, wo er dem Waraka zufällig begegnete. Auf die Anfrage des Letzteren erzählte ihm Mohammed, was er gehört und gesehen hatte, worauf Waraka sagte: „Ich schwöre bei dem, in dessen Hand das Leben Waraka's steht, Gott hat Dich zum Propheten dieses Volkes ausgewählt und der grösste Engel ist zu Dir herabgekommen, jener Engel, der einst zu Moses herabkam. Man wird Dich einen Lügner heissen, man wird Dich verfolgen, man wird Dich vertreiben und man wird Dich bekämpfen. O, dass ich bis auf jenen Tag leben möchte, ich würde Dir Beihilfe leisten. Darauf küsste er ihn auf die Stirn. Der Prophet ging nach Hause, und die Versicherung Waraka's war ein grosser Trost für ihn und verminderte seine Beklommenheit."

Eine zweite Tradition lautet: Der Prophet sagte: „O Chadiga, ich sehe ein Licht und höre eine Stimme, ich fürchte, ich bin ein Kahin."*) Chadiga antwortete: „Gott wird Dir das nicht wiederfahren lassen, denn Du hältst es mit Deinen Verwandten, sagst die Wahrheit und beobachtest Treue."**)

Eine dritte Tradition lautet: Der Prophet sagte: „O Chadiga, ich höre eine Stimme und sehe ein Licht, ich fürchte, dass Wahnsinn in mir ist." Chadiga sagte: „Gott wird Dir das nicht wiederfahren lassen, Sohn Abdul-lah's." Dann ging sie zu Waraka und erzählte es ihm. Waraka sagte: „Du hast recht, (er ist nicht wahnsinnig) dies ist ein Engel, wie der Engel des Moses. Wenn er seinen Ruf als Prophet erhält und ich bin noch am Leben, so will ich ihm helfen und an seine Botschaft glauben."***)

Eine Vierte lautet: „Nachdem die Offenbarung auf ihn, während seines Aufenthaltes auf dem Berge Hira herabkam, verstrichen mehrere Tage ohne dass Gabriel ihm wieder erschien und er war so sehr traurig, dass er bisweilen den Berg Thabir und bisweilen den Berg Hira bestieg, um sich hinabzustürzen. Als er in diesem Zustand war, und nach einem dieser Berge ging, vernahm er eine Stimme vom Himmel. Er blieb stehen, denn er war von der Wucht der Stimme ergriffen und erhob sein Angesicht und siehe da, Gabriel sass auf einem Thron zwischen Himmel und Erde und rief aus: „O, Mohammed, Du bist in Wahrheit der Gesandte Gottes und ich bin Gabriel". Der Prophet kehrte dann zurück. Gott hatte sein Herz erfreut und ihn mit Muth erfüllt, darauf erfolgte Offenbarung auf Offenbarung."†)

Und eine Fünfte lautet: „Während der Prophet in diesem Zustande war, und sich in Aggad (unweit von Mekka) befand, sah er einen Engel, der mit einem Fusse über den andern gelegt am Himmelshorizont sass und rief: „O Mohammed, o Mohammed, ich bin Gabriel." Der Prophet erschrak und so oft er gegen Himmel sah, erblickte er den Engel. Er eilte zu Chadiga und erzählte ihr dies Vorkommniss und sagte: „Nichts ist mir so verhasst, als diese Abgötter und

*) Bedeutet „Weissager."

**) Ibn Saad, fol. 37.

***) Ibn Saad, fol. 37.

†) Ibn Saad, fol. 37.

Weissager! Ich fürchte, dass ich am Ende selbst ein Weissager bin." Sie erwiederte: „Ach, sage dies nicht, Gott wird Dir solches nicht wiederfahren lassen, Sohn meines Oheims. Du hältst es mit deinen Verwandten, sprichst die Wahrheit, beobachtest Treue, und hast einen edlen Character. Dann begab sie sich zu Waraka. Dies war das erste Mal, dass sie in dieser Angelegenheit zu ihm ging und erzählte ihm, was sie vom Propheten gehört hatte. Waraka sagte: „Dein Mann spricht die Wahrheit; dies ist der Anfang eines Prophetenthums und er erhält den Besuch des grössten Engels. Sage ihm, er soll guten Muthes sein."*)

Die sechste dieser Traditionen lautet: Der Prophet sagte zu Chadiga: „Wenn ich allein bin, höre ich rufen, ich fürchte, dass es mit mir nicht richtig sei." Sie antwortete: „Gott ist unsere Zuflucht, er wird Dir solches nicht wiederfahren lassen, denn Du beobachtest Treue, hältst es mit Deinen Verwandten, und sprichst die Wahrheit." Als Abu Bakr darauf kam, erzählte sie es ihm und sagte: „Geh mit Mohammed zu Waraka." Als Mohammed nach Hause zurückkam, nahm ihn Abu Bakr bei der Hand und sie gingen mit einander zu Waraka. Mohammed erzählte ihm, dass, wenn er allein sei, er hinter sich rufen höre: „O, Mohammed, o, Mohammed" und dass er, wenn er es höre, davonlaufe. Waraka sagte: „Thue das nicht mehr, sondern warte und höre, was die Stimme Dir sagt, und erzähle es mir." Als er wieder allein war, hörte er rufen: „O Mohammed" sprich: „Im Namen Allah's, des Milden, des Barmherzigen, das Lob sei Gott, dem Herrn der Welten etc.", die erste Sura des Korans. Mohammed kam zu Waraka und erzählte es ihm; Waraka sagte: „Freue Dich, freue Dich, ich bezeuge, dass Du derjenige bist, den der Sohn der Maria die Gewähr verheissen hat, worauf Du Dich stützest, entspricht dem Namus**) des Moses."***)

Ueber eine Fahrt von Mekka nach Jerusalem, die Mohammed in einer Nacht gemacht haben soll, wird Folgendes nach der Mittheilung Mohammeds selbst überliefert: „Währenddem ich im Higr†) schlief, kam Gabriel zu mir und stiess mich mit seinem Fusse an, worauf ich mich aufrichtete; aber da ich Nichts vor mir sah, kehrte ich zu meinem Lager zurück. Er kam zum zweiten Male und stiess mich wieder mit seinem Fusse an. Ich richtete mich auf und als ich wiederum Nichts sah, kehrte ich zu meinem Lager zurück. Er kam zum dritten Male zu mir und stiess mich mit dem Fusse an. Ich richtete mich wiederum auf, worauf er mich beim Arme nahm. Ich stand auf und ging mit ihm zum Thor des Heiligthums hinaus, wo ein weisses Thier, ein Mittelding zwischen Esel und Maulesel stand. Es hatte an seinem Schenkel zwei Flügel, mit denen es an seinen Füssen scharrte, und seine Vorderfüsse hätten gereicht, soweit sein Auge sieht.*) Gabriel hob mich darauf und ging mit mir, ohne mich zu verlassen, und ich verliess ihn auch nicht." Nach der Ueberlieferung Kithadah's erzählt Ibn Ishak, dass Mohammed noch Folgendes hinzugefügt haben soll: Als ich mich ihm, dem Thiere näherte, um es zu besteigen, wurde es störrig. Da legte Gabriel die Hand auf seine Mähne und sagte: „O Burak**) schämst du dich nicht, das zu thun. Bei Gott, es hat dich kein Diener Gottes vor Mohammed geritten, den er mehr begnadet hatte!" Es schämte sich derart, dass es wie in Schweiss gebadet dastand, und ich es besteigen konnte.

Der Traditionist fährt weiter: „Der Gesandte Gottes und Gabriel gingen weiter, bis sie die heilige Stätte von Jerusalem erreichten. Er (Mohammed) fand dort Ibrahim (Abraham), Muça (Moses), Aiça (Jesus) und eine Anzahl anderer Propheten versammelt. Der Gesandte Gottes stellte sich vor ihre Reihen und betete mit ihnen. Nun wurden zwei Gefässe gebracht, in dem einen befand sich Wein und in dem anderen Milch. Der Gesandte Gottes nahm das Gefäss mit der Milch, trank daraus und liess das mit dem Wein unberührt. Da sprach Gabriel zu ihm: „Geführt sollst Du werden auf dem rechten Heilsweg zum Wohle und Heile der Schöpfung und begnadet Dein Volk, der Wein aber wird euch verboten werden."***)

Befragt über die Art und Weise, wie die Offenbarung zu ihm komme, antwortete Mohammed wie folgt: „Bald kommt sie wie ein Glockengeklingel, und dies ist für mich das am schwersten zu Ertragende. Dann trennt er sich, meint Gabriel, nachdem ich den Inhalt (dessen, was er überbrachte,) aufnahm, d. h. mir ins Gedächtniss eingeprägt habe. Bald erscheint er in Mannesgestalt, redet mich an und ich präge mir, was er sagt, ein." Aischa, die Ueberlieferin dieser Tradition, fügte hinzu: „Ich habe ihn gesehen, wie auf ihn in sehr kalten Tagen die Offenbarung herab-

*) Nach Wackidi, bei Ibn Saad, fol. 37.

**) Das Wort „Namus" stellen die Ausleger der Traditionen dem Begriff Engel gleichbedeutend hin.

***) Oyun alathr. S. 4 u. Içaba unter Warka.

†) Eine Stelle in der Nordseite der Kaaba, des Heiligthums der Araber.

*) Eine arabische Redewendung, welche bedeutet, dass das Thier bei jedem Schritt die Grenze seines Horizontes erreichen kann.

**) So soll das Thier geheissen haben.

***) Ibn Hischam Bd. I, Th. 1 S. 264 und Buchari Bd. II. S. 198 der Caireser Ausgabe 1312 d. H.

kam, und beobachtete, dass nachdem sie vollendet war, seine Stirne von Schweiss tropfte."*)

Mohammed verfiel während einer solchen Offenbarung in einen Zustand, den ich vorderhand nicht Anfall nennen möchte, um den Thatsachen nicht vorzugreifen. Dieser Zustand überkam ihn, wenn er allein und wenn er in Gesellschaft Anderer war. Dieser Zustand war mehr an gewisse äussere Umstände, als an bestimmte Perioden geknüpft. Dieser Zustand wurde an ihm öfters an einem und demselben Tage beobachtet; es vergingen aber Tage, ja sogar Wochen, in denen er davon nicht befallen wurde. Immer stellte sich dieser Zustand ein, wenn eine Frage gelöst, eine Entscheidung gefällt oder eine Maassregel getroffen werden sollte.

Während diesem Zustand wiederholten sich immer die gleichen Erscheinungen, wie aus folgenden Citaten ersichtlich, die Einzigen, die ich in den umfangreichen Quellen der Traditionisten fand, und von denen ich nur den Theil der Legenden anführe, welcher für unser Thema eine Bedeutung hat. Dieselben lauten:

1. „Während er noch mitten unter uns sass, geschah es, dass vor unseren Augen, seine Sinne, von Gott wie schon oft, umnebelt wurden. Man bedeckte ihn mit einem Gewand und schob ihm ein ledernes Kissen unter das Haupt. Bald darauf erwachte er wieder, richtete sich selber auf, wischte sich die schweisstriefende Stirn ab und sagte: (folgt die Offenbarung.)"**)

2. „Es überkam ihn die göttliche Offenbarung wie gewöhnlich, wobei er durch die Wucht der Offenbarung vom Schweiss triefte. Als der Zustand gewichen war, hub er sogleich lächelnd zu sprechen an: (folgt die Offenbarung.)"***)

3. „Es wurde ihm offenbart in einem Augenblicke, als ich zufällig neben ihm sass und mein Bein unter dem seinigen lag. Sein Bein lastete auf mir derart, „dass ich eine Quetschung fürchtete. Bald erwachte er und sagte sofort: (folgt die Offenbarung.)"†)

Mohammed starb im Alter von 63 Jahren nach kurzer Krankheitsdauer, etwa 5—6 Wochen. Man kann mit ziemlicher Sicherheit die Annahme aufstellen und auch begründen, dass es eine fieberhafte mit Kopfschmerzen verbundene Erkrankung gewesen war, während welcher er, bis kurz vor dem Eintritte des Todes, das Bewusstsein bewahrte. Wir lesen nämlich bei Ibn Hischam,*) dass Mohammed während seiner Krankheit mit verbundenem Kopfe gesehen wurde, dass er sich mit kalten Übergiessungen behandelte, dass er sich nach jedem kalten Bade kräftiger und wohler fühlte, dass er sogar nach einer solchen kalten Uebergiessung von 7 Lederschläuchen**) kalten Wassers, welche einige Tage vor seinem Tode stattfand, derart gestärkt und gekräftigt wurde, dass er aufstand, in die Moschée mit Unterstützung ging, die Kanzel allein bestieg und eine lange Predigt hielt. Wir finden aber auch in allen Traditionsschriften, welche die Sprüche Mohammeds uns übermittelten, dass er immer das kalte Wasser gegen das Fieber empfahl, indem er bei ähnlichen Anlässen zu sagen pflegte: „Das Fieber ist höllisches Feuer, löschet es mit dem Wasser."

Welcher Art diese fieberhafte Erkrankung gewesen sein mag, lässt sich leider nicht genau feststellen. Es können jedenfalls hier nur jene akuten Krankheiten in Betracht gezogen werden, bei denen das Bewusstsein nicht stark in Mitleidschaft gezogen wird und denen andere Erscheinungen, wie Hautausschläge, (Exantheme), Bluthusten oder Durchfall fehlen. Ich bin persönlich geneigt diese fieberhafte Erkrankung in die Kategorien derjenigen Infectionskrankheiten hinzustellen, die in Tropen und Subtropen endemisch auftreten und die man Tropenfieber und Sumpffieber zu nennen pflegt, zumal ja Madyna, der langjährige Wohnort Mohammeds als Stätte solcher endemischer Erkrankungen berüchtigt und damals auch von Sümpfen zeitweilig umgeben war.

Soviel über das Leben Mohammeds. Es ist zwar in knappester Form geschildert worden, enthält aber fast alles, was in der umfangreichen Traditions- und Biographie-Litteratur sich auf unser Thema beziehen kann. Und bevor ich zum Schluss schreite, will ich das Wesentliche über die Krankheit Epilepsie ins Gedächtniss zurückrufen.

Man pflegt eine traumatische und eine angeborne Epilepsie zu unterscheiden. Das Wesen dieser Krankheit äussert sich in den sogenannten epileptischen Anfällen. Ein solcher Anfall setzt urplötzlich ein, ohne dass der Kranke durch ihm bewusste Vorboten an den nahen Eintritt des Anfalles gemahnt, oder irgendwie auf denselben aufmerksam gemacht wird. Die aufmerksame Umgebung des Epileptikers kann die Prodrome des Anfalles, welche in Verworrenheit, Zerstreutheit und mässiger Veränderung des Gesichtsausdruckes bestehen, trotz der Kürze ihrer Dauer,

*) Buchari Bd. I. S. 3 und 129.

**) Ibn Hischam, Bd. 1. Th. 2, S. 735. Bucharie Bd. 2, S. 65.

***) Buchari, Bd. II., S. 65.

†) Buchari, Bd. II., S. 88.

*) Bd. I, Th. 2, S. 105 und folg.

**) Ein Lederschlauch würde nach dem heutigen Maass etwa 20—25 Liter messen.

beobachten. Der Anfall selbst zeichnet sich dadurch aus, dass der betreffende Epileptiker, der vielleicht vorher sass, und irgendwelche Arbeit verrichtete, auf einmal bewusstlos umfällt, sich krampfhaft niederstreckt und von Zeit zu Zeit Krämpfe aufweist. Nach verschieden langer Dauer beginnen die erstarrten Muskeln zu erschlaffen und nach und nach stellt sich das Bewusstsein wieder ein, so dass er zuerst auf starke, dann auf minderstarke Laute reagirt; aber er kann sich noch nicht allein aufrichten. Getragen oder kräftig gestützt, wird er auf ein Lager gebettet, auf welchem er dann das sogenannte postepileptische Stadium durchmacht. In diesem Stadium beobachtet man regelmässig eine deutliche, tiefe und lang andauernde Benommenheit, Beschädigung der Verstandesthätigkeit und Bewusstseinstrübung. Diesen Erscheinungen folgen dann Verworrenheit, Zerfahrenheit und Umherschweifen des Blickes. Manche Epileptiker werden von einer ängstlichen und zornigen Erregung ergriffen, erheben sich mit der Miene der Ueberraschung und Scham, um auf ihren Beinen zu wanken. Andere dagegen scheinen eine grosse Müdigkeit nicht zu verspüren, richten sich sicher, aber langsam auf und fangen an fort und fort zu gähnen, wie wenn sie aus einem langen, tiefen Schlafe erwacht wären. Keiner dieser Kranken hat die Erinnerung seines Zustandes, wie sicher keiner auch eine Empfindung desselben gehabt hat. Sie verlieren alle jene Erinnerung an das, was während der Anfälle mit ihnen vorgefallen ist; ja, nach heftigen Anfällen verschwindet nicht selten das ganze Gedächtniss. In anfallsfreien Zeiten weisen die Epileptiker oft entweder eine gesteigerte oder eine herabgesetzte Gemüthsreizbarkeit auf. Als die gewöhnlichste, fast ausnahmslos eintretende Folge dieser Krankheit wird immer angegeben, dass die Gesichtszüge solcher Kranken gröber werden, dass die Epileptiker ganz habituell in ihrem Blicke etwas Unsicheres bekommen, dass bei ihnen die sittliche und geistige Energie langsam, aber fortschreitend aufhört, dass die körperlichen Kräfte successive schwinden und dass sie im Anfall endlich ihr Leben aushauchen.

Wenn wir nun jetzt das uns über Mohammed Ueberlieferte in einen Rahmen zusammengefasst betrachten und dasselbe mit dem Krankheitsbilde der Epilepsie vergleichen, so finden wir, dass beide Bilder sich gar nicht decken. Wir finden zwar, dass das Leben Mohammed's Momente aufweist, wie das Glöckchengeklinge, das Hören von Stimmen und das Sehen von Gestalten und andere Dinge, und den Verfall in einen anscheinend bewusstlosen Zustand; also Momente, die die heutige Wissenschaft als anormale Erscheinungen, Symptome, anspricht und welche nicht nur bei Epilepsie, sondern auch bei einer grossen Anzahl anderer Erkrankungen beobachtet werden, aber nicht die wesentlichen Merkmale der Epilepsie bilden.

Bei Mohammed sahen die ausschlaggebenden Merkmale des anfallweisen Zustandes ganz anders aus. Er wusste nach dem Erwachen aus diesem Zustande genau zu erzählen, was er erlebt hat; ja die Worte, die er gehört, sind in seinem Gedächtnisse ebenso gegenwärtig gewesen, wie jene Gestalten, die er gesehen hat.

Wenn noch aus dem spätern Leben Mohammed's ausdrücklich erwähnt wird, dass der Ausdruck seiner glühenden Augen ein so bedeutender und energischer gewesen sei, dass er auf seine Umgebung den tiefsten Eindruck gemacht habe, dass er stets im Stande gewesen sei, sich vollständig zu beherrschen, dass sein Erinnerungsvermögen nie gelitten hat, dass seine Seelen- und Geistesthätigkeit immer die gleiche blieb, dass seine körperliche und sittliche Energie keine Schwankung und Schwäche zeigten, dass endlich die Todesursache in gar keiner Beziehung zu diesen Zuständen steht, so stimmt dies wirklich in keiner Weise mit den Beschreibungen zusammen, welche erfahrene Aerzte von der Epilepsie und den Folgen derselben auf die Kranken machen. Auch die somatischen Erscheinungen, die sich nach den eigenthümlichen Anfällen, welche er erlitt, einstellten, wie z. B. diese Art von Frostanfällen, welche ihn zu der Bitte, ihn zuzudecken, nöthigten, berechtigen doch augenscheinlich durchaus nicht zu der zuerst von byzantinischen Schriftstellern, wie z. B. Theophones Confessor*) u. A. in die Welt lanzirte und durch spätere Schriften zu Missionszwecken**) verbreitete Ansicht, dass Mohammed Epileptiker gewesen sei.

Und falls es mir gestattet ist, hier am Schlusse eine kurz zusammengefasste Antwort auf die Frage: War Mohammed Epileptiker? zu geben, so würde dieselbe dahin lauten: Zweifellos weist uns die, von den Traditionisten und Biographen überlieferte Lebensbeschreibung Mohammed's Erscheinungen auf, welche einzeln betrachtet, bei gewöhnlichen normalen Durchschnittsmenschen nicht vorzukommen pflegen; als Ganzes aber lassen sich dieselben in den Rahmen des Krankheitsbildes der Epilepsie nicht zusammenfügen und folglich sind wir nicht berechtigt den Mann für einen Epileptiker zu erklären.

*) Bbuhte zwischen 750 und 817 in Byzanz.

**) Wie Mühleisen Arnold, Dr. Gorman u. a.

Leopold Kaplan.

Am 20. September 1902 verstarb im Hamburger Krankenhaus zu Eppendorf Leopold Kaplan im jugendlichen Alter von 30 Jahren, tief betrauert von allen, die ihm im Leben nahe gestanden haben. Ein liebenswürdiger Mensch, ein warmherziger Arzt, ein strebsamer Jünger der medicinischen und speciell der psychiatrischen Wissenschaft, ist mit ihm ins Grab gegangen.

Geboren zu Sorau N.-L. am 23. October 1871 bestand er im Alter von 24 Jahren das Staatsexamen in Erlangen. Nach 1/2jähriger Thätigkeit an der Nervenpoliklinik des Herrn Professor Dr. Mendel trat er am 9. September 1895 als Volontärarzt an der Irrenanstalt Herzberge ein und rückte dort allmählich zum 1. Assistenzarzt auf. Anfang dieses Jahres fing er an zu kränkeln; er schien sich erholt zu haben, doch auf einem Sommerurlaub erkrankte er von neuem, um an einer schnell sich entwickelnden acuten Miliartuberkulose zu Grunde zu gehen.

In der Anstalt Herzberge hatte Kaplan eine Thätigkeit gefunden, welche seinen Neigungen und Bestrebungen entsprach. Neben der ärztlichen Thätigkeit hatte er hier Gelegenheit wissenschaftlich zu arbeiten und seine Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten, insbesondere auch in der Chemie, und die ihm angeborene technische Gewandheit zu verwerthen. In der That bewies er in seinen klinischen Arbeiten eine scharfe Beobachtungsgabe und ein kritisches Urtheil, während er auf mikroskopischem Gebiete speciell eine innige Vertrautheit mit der gesammten Färbetechnik zeigte. Diese Beschäftigung führte ihn dazu neue Färbemethoden anzugeben und sich an der Construction eines neuen Mikrotoms zu betheiligen. Auch den practischen Fragen der Irrenpflege trat er näher. Er interessirte sich für die Ausbildung des Wartepersonals und unterstützte seinen von ihm sehr verehrten Chef, Herrn Geheimrath Professor Dr. Moeli beim Unterricht des Personals.

Endlich sei noch erwähnt, dass er dieser Wochenschrift seit Jahren ein treuer Mitarbeiter war, indem er die Berichte über die Sitzungen des Berliner psychiatrischen Vereins regelmässig erstattete.

Die von Kaplan publicirten Arbeiten sind folgende: „Ueber functionelle psychische Erscheinungen bei einem Falle von Hirntumor. Psych. Verein am 26. VI. 97." — Ueber Trauma und Paralyse. Ebenda am 18. XII. 97. — Kopftrauma und Psychosen. Ebenda am 18. III. 99. — Juliusburger und K.: Anatomischer Befund bei einseitiger Oculomotoriuslähmung im Verlaufe von progressiver Paralyse. (Neurologisches Centralblatt 1899.) — K. und Finkelburg: Beiträge zur Kenntniss des sogenannten ventralen Abducenzkerns. (Arch. für Psych. und Nerv. 1900.) — K. und Meyer: 2 Fälle organischer Psychosen auf Grundlage von hereditärer Lues. Psych. Verein 16. XII. 99. — Mönkemöller und K.: Eine neue Methode der Fixirung von Fussspuren zum Studium des Ganges. Ebenda. — K. und Finkelburg: Anatomischer Befund bei traumatischer Psychose mit Bulbärerscheinungen. (Zugleich Beitrag zur Kenntniss des hinteren Längsbündels.) Monatsschrift für Psych. und Neurol. 1900. — Axencylinderfärbung. Neurologisches Centralblatt 1901. — Methoden zur Färbung des Nervensystems: I. Neurokeratinfärbung. II. Axencylinderfärbung. Vortrag auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin am 22. und 23. April 1901. Ebenda. — Nervenfärbung (Neurokeratin, Markscheide, Axencylinder). Ein Beitrag zur Kenntniss des Nervensystems. Arch. f. Psych. und Nervenk. 1901. — Der Unterricht des Pflegepersonals. — Die Krankenpflege 01/02.*)

Nach so fruchtbarer Thätigkeit war man berechtigt mehr als gewöhnliche Erwartungen an die Persönlichkeit Kaplans zu knüpfen. Anders hat es das Schicksal gefügt. Dem arbeitsfreudigen Manne war eine frühe Ruhe beschieden.

Möge ihm die Erde leicht sein!

*) Die Vollständigkeit der Liste ist nicht absolut sicher.

Mittheilungen.

— **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten**. Sitzung vom 10. November 1902. Vor der Tagesordnung widmet der Vorsitzende Herr Jolly dem verstorbenen Ehrenmitgliede der Gesellschaft Rudolph Virchow, sowie den verstorbenen Mitgliedern Wulffert und Kaplan, einen warmempfundenen Nachruf.

Tagesordnung:

1. Herr S. Kalischer: Vorstellung eines 14j., seit der Kindheit an einer eigenthümlichen Gangstörung leidenden Mädchens. Der Gang ist schwerfällig, watschelnd und hat sich in den letzten Jahren verschlimmert. Vor 1 Jahre zweimal tetanische Krämpfe in den Armen, jetzt hin und wieder Krampf beim Schreiben. Es besteht Schwäche der Lendenmuskeln und Hüftbeuger, fast völliges Fehlen der Patellarreflexe, von Tetaniesymptomen Facialisphänomen, gesteigerte mechanische und elektrische Erregbarkeit, Trous-

seau'sches Phänomen. Die Tetanie war demnach bis vor kurzem latent, hatte aber schon vorher die erwähnte Muskelschwäche und Gehstörung erzeugt. Vortr. verweist auf verwandte frühere Beobachtungen J. Hoffmann's und geht weiter auf die bei Tetanie beobachteten Muskelstörungen ein; Vortr. hat Tetanie bei Kindern in Berlin aus dem Material der Naumann-schen Poliklinik relativ oft beobachten können, während sie bei Erwachsenen daselbst recht selten ist. Jenseits des Alters von 4 Jahren sah er Tetanie fast nie, und die Annahme, dass die Tetanie der Säuglinge in das spätere Alter hinein chronisch-recidivirenden Character gewinnt, muss sehr zweifelhaft angesehen werden. Den Begriff der symptomatischen Tetanie möchte Vortr. eingeschränkt wissen, es handelt sich hier meist um zufällige Complicationen oder symptomatologisch ähnliche Krampfzustände, für deren Beurtheilung das elektrische Verhalten massgebend bleiben muss. Meist ist die Tetanie der Ausdruck einer infectiösen bezw. toxischen Allgemeinerkrankung.

Discussion: Herr Japha ergänzt die Mittheilungen des Vortr. über das Vorkommen und die Häufigkeit der Tetanie und verweist besonders auf den Einfluss der Ernährung auf ihr Zustandekommen.

Herr T. Cohn fragt nach Aenderungen des Zuckungsablaufes und der Zuckungsformel und verweist auf die Untersuchungen Mann's.

Herr Kalischer bemerkt, dass er Mann's Beobachtungen mit bestätigen konnte.

2. Herr Bernhardt stellt einen 39j., vor 23 J. schon einmal demonstrirten Kranken (Berl. klin. Wochenschr. 1880 No. 25) vor, der im 13. Jahre nach Masern und einer Darmerkrankung eine linksseitige Hemiplexie bekam. Mit Wiederkehr der willkürlichen Beweglichkeit, die jetzt als normal kräftig und ausgiebig bezeichnet werden kann, Auftreten von rythmischen Zuckungen im linken Arm, die nur im Schlaf verschwinden, bei intendirten Bewegungen sehr störend wirken und nur selten Ruhepausen machen. Im übrigen völlig normaler Befund. Linker Vorderarm etwas voluminöser als rechter.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Schuster, Rothmann, Oppenheim, Remak, Jolly und der Vortr.

3. Herr Jacobsohn (für Herrn Dr. Taniguchi) demonstrirt mikroskopische Präparate von dem Gehirn einer 14j. Japanerin, die an Distomum pulmonale gelitten hat. Klinisch bestanden während des $2\frac{1}{4}$ J. dauernden Leidens Jackson'sche Anfälle links, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen links, allmählich zunehmende linksseitige Hemiparese mit erst choreiformen, dann athetotischen Bewegungsstörungen der Extremitäten, Reflexe links gesteigert. Bei der Obduction fanden sich in der rechten Hemisphäre des Gehirns massenhaft Cysten an den verschiedensten Stellen des Hirns, meist im Marklager gelegen. Vortr. demonstrirt die Einzelheiten der Structur dieser cystischen Bildungen, die er für durch embolische Processe thrombosirte und dann entzündlich veränderte Gefässe hält; in ihnen sind massenhaft Parasiteneier nachweisbar. Elastische Fasern waren nicht mit Sicherheit nachweisbar. Vortr. hält die Möglichkeit, dass es sich um parasitäre Bildungen handelt, da Vergleichsobjekte in der Litteratur nicht vorliegen, nicht für ausgeschlossen.

Discussion: Herr Oppenheim neigt mehr der letzterwähnten Möglichkeit zu, zumal er ähnliche Beobachtungen bei Cysticerken gemacht hat.

Herr Henneberg hat ähnliche Bilder bei alten Abscessen gesehen und fragt, ob elastische Fasern nachgewiesen worden sind.

Herr Jacobsohn hält den Vorrednern gegenüber an seiner Ansicht fest, da er ähnliche Gefässveränderungen bei Ziegler gesehen hat und da in anderen anatomisch untersuchten Fällen mit Ausnahme eines einzigen Falles stets nur Eier, nie der Parasit selbst, gefunden wurden. Elastische Fasern konnten mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden.

Dr. Martin Bloch (Berlin).

— **Aus Ostpreussen.** (Schluss.)

Unter den Motiven der diesbezüglichen Vorlage war übrigens betont, dass durch diese Neueinrichtung sowohl den Wünschen des Vorstandes von Carlshof entsprochen werde, weil trotz aller Bemühungen es nicht ausbleibe, dass leicht erregbare Pfleglinge untereinander, um ihres Bekenntnisses willen, in Reibungen gerathen, (hauptsächlich wohl eine Folge des spezifisch kirchlichen Geistes, welcher in Carlshof herrscht), als den Wünschen der Provinzialverwaltung resp. dem Platzmangel und dem neuerdings wieder hervorgetretenen Bedürfniss nach Vermehrung der Provinzialpflegestellen entgegengekommen werde. Die zuletzt i. J. 1900, laut Beschluss des Provinziallandtages, auf 500 vermehrten Pflegestellen zu Carlshof (auch in der Idiotenanstalt Rastenburg sind die Provinzialstellen um 100, von 270 auf 370, vermehrt worden) genügen nicht mehr, um die aus dem Gesetz vom 11. Juli 1891 bestehende Verpflichtung zur Gewährung von Anstaltspflege zu erfüllen. Die Zahl der hülfsbedürftigen und der Anstaltspflege bedürftigen Epileptiker ist noch stetig im Zunehmen begriffen, so dass wiederum über 20 Epileptiker wegen Raummangels als Anwärter auf frei werdende Stellen haben vorgemerkt werden müssen. Unter diesen Umständen ist auch der Antrag des Provinzialausschusses, die Provinzialstellen um weitere 20, also auf insgesammt 520 Stellen zu vermehren, genehmigt worden. Bei dieser ausserordentlich hohen Zahl von Provinzialpfleglingen in Carlshof, (wozu noch die in der nahe gelegenen Idiotenanstalt untergebrachten ca. 300 Provinzialpfleglinge kommen), wird wohl die Provinz die Uebernahme dieser Anstalten in eigene Verwaltung nicht umgehen können. Der Ausweg, den eine andere Provinz bei einer ähnlichen Anstalt ergriffen, indem sie einen ihrer Anstaltsärzte zum Oberarzt derselben bestellte, um die Gewähr einer auf der Höhe der Zeit stehenden Behandlung ihrer Pfleglinge zu haben, ist gänzlich verfehlt und liegt weder im Interesse der Provinzialverwaltung, noch der Provinzial-Irrenärzte, sondern nur im Interesse der kirchlichen Privatanstalten. Letzteren ist natürlich ein beamteter Arzt sicherer als ein Privatarzt. Ja es könnten die kirchlichen Anstalten durch Versetzung eines Provinzialarztes an dieselben in den Augen des Publikums

den Eindruck einer Normalanstalt d. h. einer unter Verwaltung und Leitung eines Facharztes stehenden Anstalt erwecken; einer solchen staatlichen Anstalt sind sie natürlich in keiner Beziehung ebenbürtig. Die Provinzialärzte aber, welche an eine solche Anstalt versetzt werden, gerathen in eine unerquickliche Zwitterstellung und in ein Doppelbeamtenthum, das man ihnen unmöglich zumuthen kann. — Als Arzt der Wormditter Epileptikeranstalt ist ein praktischer Arzt der Stadt ausersehen, welcher sich den „erforderlichen Befähigungsnachweis" durch einen vierteljährigen Studienaufenthalt in der Irrenanstalt Kortau erworben hat. Eine solche vierteljährige*) Vorbildung wird also für genügend erachtet, um einen Psychiater herzustellen, der die ärztliche Leitung einer Epileptikeranstalt übernehmen kann.

Die mit der Epileptikeranstalt Carlshof resp. mit der daselbst befindlichen Arbeiterkolonie verbundene Trinkerheilanstalt, welche im Jahre 1889 von dem Verein zur Begründung einer Trinkerheilanstalt in Ostpreussen daselbst, auf Grund eines Abkommens mit dem Vorstand, mit 10 Plätzen begründet wurde, soll nun auch wesentlich erweitert werden. Es haben in den Jahren 1890—99 zusammen 54 Personen Aufnahme gefunden, welche nach dem Bericht des Vorstandes grösstentheils geheilt oder gebessert ihren Familien zurückgegeben werden konnten. Für ihr Fortkommen und für den Nachweis geeigneter Stellen wurde, wo es noth that, nach Möglichkeit gesorgt. Doch war die Benutzung der Anstalt bis 1899 eine verhältnissmässig geringe. Die Einführung des bürgerlichen Gesetzbuchs zeigte sehr bald ihre Wirkung in vermehrter Anmeldung von Trinkern, namentlich auch von entmündigten. So wurden i. J. 1900 bereits 13 und im Jahre 1901 18 Männer (aus einer Mittelstadt allein 6) der Trinkerheilanstalt überwiesen. Diesem vermehrten Andrange genügten die bisher miethsweise von der Anstalt Carlshof beschafften Räume nicht mehr, und es ergab sich hieraus die Nothwendigkeit, ein eigenes Gebäude für die Trinker zu errichten. Dasselbe soll 40 Plätze enthalten und sofort in Angriff genommen werden. Die Baukosten (rund 32000 M.) werden zum grossen Theil durch Sammlungen und durch die bereits bewilligte Kirchenkollekte gedeckt werden. Den Fehlbetrag hofft die Vereinsleitung durch Mitgliederbeiträge und weitere Kollekten nach und nach zu decken, weshalb sich der Verein, an dessen Spitze der Landeshauptmann steht, an die öffentliche Mildthätigkeit wendet. Bemerkenswerth ist, dass die erste und nothwendigste Bedingung für eine erfolgreiche Trinkerbehandlung, die Alkoholabstinenz an Haupt und Gliedern, in der Anstalt Carlshof fehlt. —

Während in Ostpreussen die Gründung eines Hilfsvereins für Geisteskranke, wie in manchen andern Landestheilen Deutschlands, bei der mangelnden Initiative der Directoren noch immer ein frommer Wunsch ist, dessen baldige Erfüllung im Interesse des gesammten Irrenwesens dringend noth thut, ist in Königsberg in Folge eines Vortrags des Herrn Dr. Hallervorden im Handwerkerverein über Hilfsschulen (Königsberg besitzt bereits 2 Hilfsschulen, eine 3. soll demnächst errichtet werden) ein Verein zur Fürsorge für Schwachsinnige im Januar d. J. gegründet worden, welcher zunächst besonders die aus den Hilfsschulen entlassenen Schwachsinnigen im Auge hat. Es ist dies der erste derartige Verein in Deutschland, dem hoffentlich bald andere folgen werden. Aus den Statuten sei hervorgehoben:

§ 1. Zweck des Vereins ist, im Anschluss an die Thätigkeit der Hilfsschule für die Schwachsinnigen jede mögliche geistige und leibliche Fürsorge zu treffen:

zunächst für die aus der Hilfsschule entlassenen,

sodann aber für die noch schulpflichtigen Zöglinge,

und endlich für sonstige Schwachsinnige, namentlich jugendlichen Alters.

Damit verbindet sich der fernere Zweck, über den Werth und die Bedeutung der Hilfsschulen Aufklärung zu verbreiten und die ihr im Publikum entgegenstehenden Vorurtheile zu bekämpfen.

§ 2. Die Fürsorge für die schulentlassenen Knaben und Mädchen der Hilfsschule hat u. A. zu bestehen:

a) in der Ausbildung der Kinder zu einem praktischen Beruf, wozu wirthschaftlich tüchtige, sittlich einwandfreie Lehrmeister, Dienstherrschaften, Pfleger aufgesucht werden,

b) in der fortgesetzten Erziehung und Ueberwachung der Kinder,

c) in der Gewährung von Beistand in Nothlagen, sowie in der Gewährung von Schutz gegen die Gefahren der krankhaften Veranlagung und gegen die des öffentlichen Lebens (Verwahrlosung, akute Seelenstörungen, Alkoholismus, Prostitution, Ausbeutung, Conflicte mit Behörden),

d) in der Unterbringung der dessen bedürftigen Kinder in passende Pflegestellen, je nach der Lage des Falls, Privat- oder Anstaltspflege.

§ 3. Die Fürsorge für die noch schulpflichtigen Schwachsinnigen soll u. A. bestehen:

a) in der möglichst frühen Ueberweisung an die Hilfsschule,

b) in der Ermöglichung einer besseren Pflege der Zöglinge zur Unterstützung der Schulzwecke, besonders in der Einrichtung eines Kinderheims (Tagesaufenthalt mit Beköstigung) und einer Ferienpflege.

§ 4. Als Organ der Fürsorge werden vom Verein Fürsorger und Fürsorgerinnen bestellt, welche den Pflegling überwachen und die Umgebung desselben, Eltern, Pfleger, Prinzipale u. s. w. zu belehren haben.

Vorsitzender des aus 10 Personen bestehenden Vorstandes ist Dr. Hallervorden, ausserdem sind der Schularzt der Hilfsschulen und der Unterzeichnete, sowie der Stadtschulrath und die meisten Lehrer und Lehrerinnen der Hilfsschulen Mitglieder des Vorstandes.

Hoppe.

*) Meines Wissens ist Herr Dr. Hankeln mit der ärztlichen Leitung in Wormditt betraut. Derselbe war 1895/96 ein Jahr und 1901 wiederum ca. ein halbes Jahr in Uchtspringe als Arzt thätig und ist daher besonders in der Behandlung der Epileptiker ausgebildet. Alt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 35. 29. November. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6152), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Sachverständige in Entmündigungssachen.

Grosses Aufsehen in der Oeffentlichkeit, namentlich in den Kreisen der Irrenärzte, hat eine allgemeine Verfügung des preussischen Justizministers vom 1. Oktober 1902 (J. M. Bl. S. 246) gemacht, die folgenden Wortlaut hat:

„Der § 14 der Allgemeinen Verfügung vom 28. November 1899 (J. M. B. 388) erhält folgende Fassung:

2. als Sachverständiger ist gemäss § 653 Abs. 2 in Verbindung mit § 404 Abs. 2 der Civilprocessordnung regelmässig der Gerichtsarzt (§ 9 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes vom 16. September 1899 — Gesetz-Samml. S. 172 —), als der für medicinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige, erforderlichenfalls sein Assistent (§ 5 des angeführten Gesetzes), zuzuziehen. Andere Personen sollen nach dem angeführten § 404 Abs. 2 als Sachverständige nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern."

Diese Verfügung ist vielfach dahin aufgefasst worden, dass die Irrenärzte als Sachverständige in Entmündigungssachen ausgeschaltet werden sollen und dass der Justizminister den Gerichten nach dieser Richtung hin eine bindende Anweisung ertheilt habe. Dass letzteres nicht beabsichtigt sein kann, liegt für jeden Juristen auf der Hand. Denn nach § 1 des Reichs-Gerichtsverfassungsgesetzes wird die richterliche Gewalt durch unabhängige, nur dem Gesetze unterworfene Gerichte ausgeübt. Für den Richter sind also bei der Rechtsprechung — und dazu gehören auch die Entscheidungen in Entmündigungssachen — Anweisungen höherer Behörden nicht bindend, er ist nur durch das Gesetz beschränkt. Die Allgemeine Verfügung des Justizministers kann hiernach nicht den

Zweck gehabt haben, den Entmündigungsrichter durch Verwaltungsvorschriften irgendwie zu binden. Dass dies thatsächlich auch nicht beabsichtigt ist, lehrt ein Blick auf die durch die neuere Verfügung abgeänderte allgemeine Verfügung vom 28. November 1899. Dort heisst es am Anfange des § 14: „Bei den Ermittelungen in Entmündigungssachen wird den Amtsgerichten die Beachtung nachstehender Punkte empfohlen". Es folgen nun 5 Punkte, darunter No. 2: „Die Wahl der Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl, wenn möglich, auf einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten."

Diese Gesichtspunkte werden den Amtsgerichten nur empfohlen. Hiernach enthält auch die neue Verfügung keine unbedingt bindende Anweisung.

Es wirkt auf den ersten Blick befremdend, dass der Justizminister die alte Verfügung durch eine andere ersetzt hat, die die Kreisärzte als die in erster Linie in Betracht kommenden Sachverständigen bezeichnet. Er beruft dies darauf, dass am 1. April 1901 das Kreisarztgesetz in Kraft getreten ist und dass durch dieses Gesetz die Kreisärzte als Gerichtsärzte ihres Amtsbezirks bestellt sind. Dadurch sind die Kreisärzte für alle medicinischen Angelegenheiten als Sachverständige „öffentlich bestellt", und müssen deshalb nach § 404 Abs. 2 der Civilprocessordnung von den Gerichten in erster Linie berücksichtigt werden. Andere Personen dürfen als medicinische Sachverständige nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern. Die allgemeine Verfügung vom 1. Oktober 1902 sagt also nichts anderes, als durch das den Richter unbedingt bindende Gesetz bereits angeordnet ist.

Dies ist die formelle Seite der Sache. Wie steht es nun mit der Ausführung des Gesetzes? Sind die Irrenärzte wirklich ausgeschaltet? Ich glaube, nein!

Es ist gewiss eine wichtige und verantwortungsvolle Thätigkeit, über Entmündigungsanträge zu entscheiden. In den allermeisten Fällen ist die Sachlage aber so einfach, dass es eines grossen und kostspieligen Apparates nicht bedarf, ja dass vielleicht die Vernehmung eines Sachverständigen überhaupt entbehrt werden könnte. Wenn nun die Civilprocessordnung (§ 655) anordnet, dass das Gericht stets einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden zu hören hat, so kann sie nicht bezweckt haben, den Richter zu veranlassen, regelmässig Special-Irrenärzte zu vernehmen. Dies würde unausführbar sein und die Irrenärzte übermässig belasten. Die Vernehmung anderer Aerzte genügt in den meisten Fällen. Dadurch nun, dass der zuständige Kreisarzt regelmässig zu hören ist, wird diesem Gelegenheit geboten, sich in der Irrenheilkunde fortzubilden, und dadurch wird er auch zur Erstattung von Gutachten in schwierigeren Fällen befähigt. Die Special-Irrenärzte sind aber keineswegs ausgeschaltet. Hiergegen sprechen zwei Bestimmungen des Gesetzes. Zuerst der § 404 Absatz 2 der Civilprocessordnung, wonach solche Aerzte gewählt werden können, wenn besondere Umstände es erfordern, und dann der § 655 a. a. O., wonach einer oder mehrere Sachverständige zu hören sind. Besondere Umstände im Sinne des § 404 liegen z. B. vor, wenn der Kreisarzt im einzelnen Falle dem Richter nicht geeignet erscheint. Mehrere Sachverständige sind in allen nicht ganz einfachen Fällen zu hören; und da in der Regel nur ein Kreisarzt in Frage kommt, so wird der zweite und folgende Sachverständige naturgemäss ein Special-Irrenarzt sein müssen. Das Gesetz ist also dehnbar genug, und bietet dem Entmündigungsrichter alle Handhabe, um die Irrenheilkunde zu der ihr gebührenden Geltung zu bringen.

Das Gesagte gilt zunächst nur für das Verfahren vor den Amtsgerichten. Hat ein Amtsgericht, ohne die psychiatrische Wissenschaft zu ihrem Recht gelangen zu lassen, entschieden, so wird das Versäumte stets in dem Verfahren vor dem Land- und Oberlandesgerichte nachgeholt werden können. Wenn auch für diese Gerichte dieselben Vorschriften wie für die Amtsgerichte gelten, namentlich auch die Bestimmungen über den Sachverständigenbeweis, so besteht dort doch erfahrungsgemäss die Neigung, neben den vom Amtsgericht vernommenen Sachverständigen auch andere zu vernehmen, und diese anderen können regelmässig nur Männer der psychiatrischen Wissenschaft sein.

Ich glaube also, die Allgemeine Verfügung vom 1. Oktober 1902 giebt ebenso wenig wie die gesetzlichen Bestimmungen zu Besorgnissen Anlass. Es kommt alles darauf an, dass die Gerichte die bestehenden Vorschriften verständig handhaben und dass sie namentlich stets die Bedeutung der Irrenheilkunde und ihre Special-Vertreter im Auge haben. Dass diese Bedeutung in Richter- und anderen Laienkreisen mehr und mehr erkannt wird, ist eine der schönsten Aufgaben dieser Wochenschrift.

Landrichter Dr. Boethke in Berlin.

Zur forensischen Psychiatrie.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In Nr. 29 dieser Wochenschrift streifte in einem Artikel: „Ueber die Berechtigung der forensischen Psychiatrie" Herr Dr. Weygandt die Frage, ob die Irrenärzte bei der Beantwortung der Fragen des § 51 des D. Str. G. B. auch die nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung beantworten sollen.

Ich habe durchaus nicht die Absicht, die so vielfach discutirte Controverse von Neuem hier wieder aufzurollen, und sehe mich nur deswegen veranlasst, das Wort zu ergreifen, weil Herr Weygandt eine Reihe von Behauptungen aufstellt, welche den historischen Thatsaschen wie der augenblicklichen Lage der Frage nicht entsprechen.

1. Herr Weygandt irrt, wenn er meint, dass die Ansicht, wonach der Irrenarzt sich nur über die erste Hälfte des § 51 auszusprechen habe, ursprünglich von mir vertreten sei. Hätte er meinen Aufsatz, welchen er citirt, gelesen, dann würde er gefunden haben, dass ich darauf aufmerksam machte, dass die wissenschaftliche Deputation des Preuss. Ministeriums für geistliche u. s. w. Angelegenheiten in gleichem Sinne wie ich ohne dass ich vorgegangen war im Jahre **1886** ein Gutachten Westphals aus dem Jahre **1883** citirte. Hätte er dieses dann nachgelesen, zur Begründung dieser Behauptung, so würde ihm die Stelle im Westphalschen Gutachten nicht entgangen sein, an welcher es heisst: „Denn es unterliegt, wie das General-Auditoriat ganz übereinstimmend mit uns bemerkt, die Frage, ob eine sachverständigerseits anerkannte krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, in dem Momente der Thatbegehung in so hohem Grade existent gewesen sei, dass durch dieselbe die freie Willensbestimmung des Thäters ausgeschlossen würde, als Thatfrage lediglich der freien Beurtheilung des Spruchgerichts."

Herr Weygandt wird mir demnach zugeben müssen, dass er mir mit Unrecht die Ehre vindicirt hat, der Urheber der von ihm perhorrescirten Anschauung zu sein.

2. Herr Weygandt irrt, wenn er meint, dass im Gegensatz zu mir Herr Jolly der Ansicht ist, „dass der Arzt moralisch verpflichtet ist, mit allen Mitteln zur Urtheilsbildung mitzuwirken, mithin auch die Frage nach der freien Willensbestimmung zu beantworten hat.

Würde Herr Weygandt die Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin lesen, so würde er sich längst überzeugt haben, dass Herr Jolly als Referent der wissenschaftlichen Deputation ebesowenig wie ich, die Frage nach der freien Willensbestimmung beantwortet, (cf. z. B. Obergutachten in Viertelj. f. ger. Medicin 1899, p. 1) und mit den hinzugefügten Worten „im Sinne des § 51" nur einen gewissen erheblichen Grad der krankhaften Störung der Geistesthätigkeit bezeichnet, da wohl nach der übereinstimmenden Ansicht Aller nicht jede krankhafte Störung der Geistesthätigkeit straffrei macht.

3. Herr Weygandt irrt, wenn er meint, dass auf civilrechtlichem Gebiet die Sache völlig klar wäre, dass die Entscheidung, ob „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche", wesentlich dem Arzte zufiele. Wenn Herr Weygandt die Entscheidung des Reichsgerichts vom 13. Februar 1902 lesen wird, dürfte er doch Bedenken haben, ob seine Ansicht „so gut wie allgemein zugestanden" sei. Denn das Reichsgericht sagt: „diese Entscheidung (ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche) ist daher, mangels hierüber feststehender medicinischer Begriffe, keine psychiatrische, sondern eine überwiegend thatsächliche, welche der Richter trifft, und die nur zum Theil auf dem ärztlichen Gutachten, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert, beruht."

Herr Weygandt dürfte sich in seiner forensischen Thätigkeit aber bald überzeugen, dass die Autorität des Reichsgerichts für den berufenen Richter grösser ist als die Ansicht des Sachverständigen.

Herrn Weygandt ist voll und ganz darin beizustimmen, dass die Psychiatrie der Gesetzgebung gegenüber, soweit dieselbe psychiatrische Dinge betrifft, nicht die Hände in den Schoss legen darf. Sie hat die Mängel der geltenden Gesetze klar zu legen und dafür thätig zu sein, dass bessere, angemessenere Bestimmungen getroffen werden. Diese Pflicht hat sie auch in den letzten vierzig Jahren in Deutschland nicht versäumt. Die Versuche aber, die bestehenden Gesetze im concreten Falle in dem Sinne umzudeuten, wie ihn der hinzugezogene Sachverständige will, d. h. sich in juristische Deutungen und Auslegungen zu mischen, sind durchaus zu verwerfen. Wer eine grössere forensische Erfahrung hat, weiss, wie durch solche Versuche nicht bloss das Ansehen des Sachverständigen, sondern auch das seiner Wissenschaft gefährdet wird.

In Bezug auf den § 51 ist wohl fast ausnahmslos anerkannt, dass sein letzter Relativsatz zum Mindesten eine sehr unglückliche Fassung hat. Statt dass die Psychiater sich unter sich befehden, ob die Frage nach der freien Willensbestimmung zu beantworten sei oder nicht, schiene es mir augenblicklich, wo eine Revision des Strafgesetzbuches in Aussicht genommen ist, opportuner, sich geeint an die betreffenden Behörden mit dem Verlangen zu wenden, dass der Ausdruck: „die freie Willensbestimmung" bei der Revision geopfert werde. Für die freie Willensbestimmung jetzt einzutreten, heisst einem von den allerverschiedensten Seiten ausgesprochenen Wunsche nach Abänderung des § 51 entgegentreten.

Dass es ohne dieselbe, bloss mit Bewusstlosigkeit und Geisteskrankheit, bei der Frage über die Zurechnungsfähigkeit geht, beweist das Beispiel von Frankreich (seit beinahe 100 Jahren), Belgien, Norwegen, der Schweiz und, last not least, der Türkei.

Mit collegialer Hochachtung

Ihr ergebener

Berlin, den 23. October 1902. Mendel.

Entgegnung auf die Einwände des Herrn Professor Mendel.

Von Dr. *Weygandt*-Würzburg.

Gegen einige Nebenpunkte meiner Ausführungen in Nr. 29 dieser Wochenschrift hat Herr Professor Mendel eine Reihe von Einwänden erhoben. So sehr ich die Ehre eines Angriffs von Seiten eines Meisters der Forensischen Psychiatrie zu würdigen weiss, so kann das Motiv meiner lebhaften Hochachtung mir doch nicht eine Prüfung der vorgebrachten Gründe ersparen. Ich schicke voraus, dass ich mich durchaus eins mit Herrn Professor Mendel in dem Wunsch fühle, es möchte hier die so vielfach behandelte Kontroverse des § 51 in all ihren Einzelheiten nicht wieder von neuem aufleben.

Der erste der 3 Einwände, die unter dem Leitmotiv des Irrens gegen mich erhoben worden, betrifft die Zweitheilung des § 51 in eine psychiatrische und eine juristische Aufgabe. Ich gebe zu, dass meine Aeusserung, ursprünglich habe Herr Professor Mendel diese Ansicht vertreten, missverstanden werden kann. Treffender hätte ich hauptsächlich gesagt. Dass ich jene Aeusserung indes nicht rein historisch aufgefasst wissen wollte, ergiebt sich ja schon daraus, dass ich ausser auf den Aufsatz Prof. Mendels im Jahrgang 1886 der Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin auch noch auf die Motive zum Strafgesetzbuch aus dem Jahre **1870** hingewiesen hatte. Thatsächlich findet sich als namhaftester Repräsentant der Anschauung, dass der Relativsatz des § 51 nicht vom Arzt zu beantworten sei, an mehreren Stellen heute noch Herr Professor Mendel citirt, so bei Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, und Aschaffenburg in Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

Ich bekenne mich gern schuldig, mich bei der angegriffenen Stelle auf mein Gedächtniss und einen Blick in die Ausführungen Aschaffenburgs in Hoches Handbuch verlassen zu haben, wo ja S. 16 die Hauptsätze aus Mendels Vortrag vom Jahre 1886 wörtlich angeführt sind, statt dass ich mich erst noch in die ganze Polemik über diese Frage zwischen Prof. Mendel und Schäfer in den Bänden 42, 44, 45 und 46 der Vierteljahrsschrift vertieft habe; eine Unterlassungssünde, die vielleicht auf mildernde Umstände hoffen darf, da es sich ja nur um einen nebensächlichen Punkt meines Aufsatzes handelte.

Ob ich mit dem Sinn meiner Ausführungen im Unrecht bin, bitte ich den Leser nach Lektüre folgender Citate zu beantworten:

a) Westphals „Superarbitrium der k. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen über den wegen unerlaubter Entfernung im wiederholten Rückfall angeklagten Musketier J. M. der 1. Comp. 1. Nass. Inf.-Regts. Nr. 87" im 39. Band der Vierteljahrsschrift, 1883, sagte: „Denn es unterliegt, wie das General-Auditoriat ganz übereinstimmend mit uns bemerkt, die Frage, ob eine sachverständigerseits anerkannte krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, in dem Moment der Thatbegehung in so hohem Grad*) existent gewesen sei, dass durch dieselbe die freie Willensbestimmung des Thäters ausgeschlossen wurde, als Thatfrage lediglich der freien Beurtheilung des Spruchgerichts". Wie der Richter den Grad einer wissenschaftlich nachgewiesenen krankhaften Störung der Geistesthätigkeit feststellen soll, ohne auf psychiatrisches Gebiet überzugreifen, sagt das Superarbitrium leider nicht.

b) Als Antwort auf Schäfers Arbeit „Der Gerichtsarzt und die freie Willensbestimmung, nebst einem Falle von Raub, ausgeführt von einer Hystero-epileptischen", im Band 42 der Vierteljahrsschrift, 1885, veröffentlichte Prof. Mendel den Aufsatz „Der ärztliche Sachverständige und die freie Willensbestimmung des § 51 des Deutschen Strafgesetzbuchs (nach einem Vortrag im Verein der deutschen Irrenärzte in Baden-Baden am 17. September 1885) in der Vierteljahrsschrift, Band 44, 1886. Darin heisst es u. a. S. 116: „Die freie Willensbestimmung ist kein medicinischer Begriff, der Arzt ist als Sachverständiger nicht in der Lage, über Bestehen oder Ausschluss derselben Auskunft zu geben!" S. 118: „Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit noch darauf aufmerksam machen, dass Ausdrücke, wie „geisteskrank im Sinne des Gesetzes"*) oder „verminderte Zurechnungsfähigkeit", welche in den oben erwähnten Gutachten gebraucht worden sind, durchaus zu verwerfen sind"*).

c) Am 17. Sept. 1887 hielt Jolly auf der Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. unter der Zustimmung von Arndt, Meschede, Obersteiner, Pelman und Spamer den Vortrag: „Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit", vergl. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie Band 44, S. 461. Hier heisst es mit Bezug auf die Kontroverse Schäfer-Mendel, S. 462: „Ich will gleich erwähnen, dass ich in Uebereinstimmung mit Schäfer durchaus der Meinung bin, dass der ärztliche Sachverständige, wenn er berufen wird, ein Gutachten über die nach § 51 des deutschen Strafgesetzbuches zu beurtheilenden Fälle abzugeben, das Recht und die Pflicht habe, nicht nur über das Vorhandensein oder Fehlen von Geisteskrankheit, sondern auch — trotz der Unzweckmässigkeit und Schiefheit des Ausdrucks — über die freie Willensbestimmung des Thäters sich auszusprechen"*). Es wird dann weiter auseinandergesetzt, dass eine Ueberlassung des Relativsatzes an den Richter praktisch nicht durchführbar ist. Da nicht jeder beliebige Grad von geistiger Abnormität genüge, um eine verdiente Strafe abzuhalten, müsse also noch etwas anderes festgestellt und durch das ärztliche Gutachten für den Richter ersichtlich gemacht werden, das ist eine gewisse Erheblichkeit, ein gewisser Grad von Krankheit. Weiter heisst es: „In diesem Sinne wird die Frage nach dem Ausschluss freier Willensbestimmung an den Arzt gerichtet und in diesem Sinne scheint mir kein Bedenken zu bestehen, sie zu beantworten."

d) Das von Mendel angeführte „Obergutachten der königl. wissenschaftl. Deputation für das Medicinal-

*) Von mir gesperrt.

wesen betreffend Zurechnungsfähigkeit einer Brandstifterin" (erster Referent: Jolly, zweiter Referent: Skrzeczka) in der Vierteljahrsschrift III, Band 17, 1899, schliesst mit dem Satz: „Ihr ganzer Geisteszustand aber, durch welchen sie eben zu solchen sinnlosen impulsiven Handlungen veranlasst wurde, war, wie ausgeführt wurde, auch ausserhalb der Anfälle seit Jahren ein durchaus krankhafter, und es kann nach alledem keinem Zweifel unterliegen, dass die B. sich zur Zeit der Begehung der Brandstiftung in einem Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuches*) befunden hat".

Ich sehe keinen Widerspruch zwischen c) und d), wohl aber scheint mir die jetzige Stellung der Deputation (d) nichts weniger als identisch mit der vom Jahr 1883 (a) und den mehrfach citirten Ausführungen Prof. Mendels (b), wonach die Gradbestimmung der Geistesstörung als Sache des Richters, und ein Ausdruck wie „geisteskrank im Sinne des Gesetzes" als durchaus verwerflich bezeichnet wurde.

e) Zum Schluss sei noch ohne Kommentar eine Stelle aus Mendels „Leitfaden der Psychiatrie" angeführt. S. 237 heisst es:

„Die Darlegung des psychologischen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Handlung giebt dem Richter hinreichend Material, um selbständig die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zu beantworten, wie es die Motive zum § 51 verlangen.

„Die wissenschaftliche Deputation des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten beantwortet die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung, welche keine ärztliche ist, principiell nicht, fügt aber, da der Ausdruck krankhafte Störung der Geistesthätigkeit zu unbestimmt ist, diesem ein „im Sinne des § 51" hinzu. Ich selbst verfahre in der gleichen Weise. Im Uebrigen beantworten die meisten Sachverständigen diese Frage, obwohl sie darin übereinstimmen, dass die Fragestellung zu ändern resp. die Frage nach der freien Willensbestimmung bei einer Revision des Strafgesetzbuchs wegzufallen habe."

Dem 3. Einwand Herrn Professor Mendels gegenüber bemerke ich, dass es mir nicht darauf ankam, zu betonen, dass die Entscheidung, ob „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche", wesentlich dem Arzt zufiele. Ich habe vielmehr die Deutung der beiden Ausdrücke als nicht dem ärztlichen Sprachgebrauch (Geistesschwäche = Imbecillität, Geisteskrankheit = erworbener Psychose) entsprechend im Auge gehabt: „Dass eine rein klinische Auffassung der Begriffe „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" im § 6 des B. G. B. völlig fehl ginge, ist so gut wie allgemein zugestanden". Es ist damit dasselbe ausgesagt, was Herr Prof. Mendel in seinem Leitfaden S. 239 bemerkt: „Der Begriff der Geistesschwäche ist vom Gesetzgeber nicht definirt worden, mit dem psychiatrischen Begriff ist er nicht zu identificiren"**).

Hier muss ich mir nun selbst einen Einwand hinsichtlich meines „so gut wie allgemein" machen. In einem Aufsatz „Ueber das Verhältniss zwischen richterlicher Entmündigung und polizeilicher Unschädlichmachung von partiell Verrückten mit Verfolgungswahn" sucht Prof. Rieger*) doch die Begriffe Geistesschwäche und Geisteskrankheit des § 6 mit den psychiatrischen Begriffen zu identificiren. Zahlreich werden die Anhänger dieser Auffassung auf keinen Fall sein.

Die Reichsgerichtsentscheidung vom 13. Februar 1902 wird den Schwierigkeiten, die der § 6 Abs. 1 gesetzt hat, nur in höchst unvollkommener Weise gerecht. Die Entscheidung des Richters soll danach nur zum Theil auf dem ärztlichen Gutachten beruhen, das den Stoff zu den Schlüssen des Richters liefert. Da es sich stets darum handelt, ob die geistigen Fähigkeiten des Rubrikaten den Voraussetzungen der die Folgen der Entmündigung wegen Geistesschwäche normirenden B. G. B.-Paragraphen §§ 112, 113 u. s. w. entsprechen, ist nicht zu ersehen, wie der Richter hinsichtlich der in Frage stehenden geistigen Fähigkeiten sich eine Schlussfolgerung erlauben kann, die nicht von sachverständiger Seite fundirt ist. Etwaiger Stoff, den die durch C. P. O. § 653 A. 1 S. 2 vorgesehenen Beweismittel bieten, ist werthlos, wenn er nicht in irrenärztliche Beleuchtung gerückt ist. In praxi wird der Richter trotz allen Infallibilitätsglaubens, den er etwa den Reichsgerichtsentscheidungen entgegenzubringen pflegt, bald sehen, dass er mit einer nur theilweisen Begründung seiner Schlüsse durch den ärztlicherseits gebotenen Stoff nicht auskommt. Treffend betont die „Gutachtliche Aeusserung der königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen betreffs Begutachtung im Entmündigungsverfahren nach § 6 des bürgerlichen Gesetzbuchs"**):

„Es handelt sich also in dem Schlusssatz eines Entmündigungsgutachtens nicht um die Stellung einer ärztlichen Diagnose, sondern um die Folgerung, welche aus der vorher zu stellenden ärztlichen Diagnose und aus der Feststellung des Grades der Krankheit in Bezug auf die Ausdrücke „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" im Sinne des B. G. B. zu ziehen ist.

Diese Folgerung kann dann am einfachsten in unmittelbarem Anschluss an § 6 B. G. B. so lauten:

„Der N. N. vermag in Folge von Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen, bezw. der N. N. vermag in Folge von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen."

„Es steht aber nichts im Wege, diesen Bezeichnungen noch ausdrücklich die Worte „im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuchs" hinzuzufügen, da in dieser Weise mit aller Sicherheit die Möglichkeit ausgeschlossen wird, dass die beiden Ausdrücke etwa im Sinne der ärztlichen Wissenschaft und nicht im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuchs gemeint sein könnten."

Hinsichtlich der Unterscheidung der Kompetenzen möchte ich noch folgende Erwägungen anstellen. Die vielfach versuchte Grenzsetzung zwischen Begriffen, die nur den Arzt, und solchen, die nur den Juristen angingen, ist nicht allgemein durchführbar. Nehmen wir an, es sei die Willensbestimmung zunächst ein

*) Von mir gesperrt.

**) Von mir gesperrt.

*) Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1902, Nr. 18 und 19.

**) Vierteljahrsschrift f. ger. Medicin, III. Folge, Band 27, 1902, Heft 4, Seite 413.

juristischer Begriff, obwohl sich sehr darüber streiten lässt, denn genau genommen ist sie ein psychologischer oder vielmehr ein vulgärpsychologischer Begriff, ja in Oesterreich haben die Motive zu dem dortigen § 50 sie gerade für den Arzt reservirt, während dort nur die Zurechnungsfähigkeit als rein juristischer Begriff bezeichnet ist. Es würde sich nun im Fall des § 51 u. s. w. um einen Syllogismus handeln, bei dem die Conclusio der juristischen Begriffssphäre angehört, während eine oder beide Prämissen der ärztlichen entstammen. Ob nun der Jurist oder der Arzt den Schluss zieht, der Betreffende muss dabei unabwendbar auf das Gebiet des Anderen übergreifen. Es geht dabei zu, wie wenn zwei Leute von verschiedener Muttersprache sich miteinander unterhalten wollen; ohne dass mindestens der eine die fremde Sprache gelernt hat, ist eine Verständigung nicht möglich. Auf unsern Fall angewandt, fragt es sich nur, welche der beiden Sprachen leichter zu erlernen und allgemeiner verständlich ist, die medizinische oder die juristische. Nun gehört es zum Wesen der Sprache des Gesetzes, dass sie um so besser ist, je allgemeiner sie verstanden werden kann. Auch das Laienelement in der Rechtsprechung, die Schöffen und Geschworenen, hat ja mit den fraglichen Begriffen wie Willensbestimmung, Zurechnungsfähigkeit u. s. w. oft genug zu thun. Die Begriffswelt der Psychiatrie wird aber auch bei aller Bemühung des Gutachters um eine verständliche Ausdrucksweise doch immer nur dem ganz verständlich sein, der mit den entsprechenden technischen Kenntnissen ausgerüstet ist. Auf Grund dieser Verhältnisse erscheint es naturgemässer, dass der Arzt die Uebersetzung aus dem Aerztlichen in das Juristische vornimmt, als dass es der Jurist besorgt, dem ja schliesslich die Erhebung der Schlussfolgerung zum rechtskräftigen Urtheil doch vorbehalten bleibt. Auf dem Gebiet der Unfallgesetzgebung ist es längst allgemeiner Brauch, dass der Arzt die Schlüsse seines Gutachtens auf nichtärztliche Begriffe wie Erwerbsfähigkeit ausdehnt.

Mit ganzem Herzen stimme ich Herrn Professor Mendel bei, dass die „freie Willensbestimmung" bei der Revision des Strafgesetzbuchs geopfert werden möge. Dass es im Ausland vielfach ohne sie geht, lässt sich ja aus Aschaffenburgs klarer Zusammenstellung bequem ersehen; in der Schweiz bestehen freilich zur Zeit noch manche kantonalen Verschiedenheiten. Bedauerlich ist nur, dass die „freie Willensbestimmung" doch noch ihren Einzug in das neue B. G. B. gehalten hat, trotzdem man vor 3 bis 5 Jahren hinsichtlich der Beurteilung jener Verhältnisse doch auch schon so weit war wie heute. Bis die Revision durchgeführt ist, wird noch eine beträchtliche Reihe von Jahren vergehen; solange haben wir uns mit dem Begriff auf die relativ beste Art abzufinden, wofür ja auch die Juristen selbst, so v. Liszt*) mit seiner „regelmässigen Bestimmbarkeit durch Vorstellungen" entsprechende Anweisungen gegeben haben.

Dass die Psychiatrie in den letzten 40 Jahren sich um sachverständige Einwirkung auf die Gesetzgebung eifrig bemüht hat, wird niemand bestreiten, vor allem die Verdienste meines hochverehrten Herrn Gegners sind ja allgemein gewürdigt. Es steht zu hoffen, dass die Bemühungen auch bei der bevorstehenden Revision des Strafgesetzbuchs in durchgreifender Weise zur Geltung kommen und nicht von vornherein durch Bedenken, die juristischer sind als die der Juristen selbst, eingeschränkt werden. Durch unsere Resignation und übertriebene Vorsicht ist den Juristen nichts gedient. Manchmal fühlt man sich versucht zu fragen, ob die Begriffe der Rücksicht oder Bescheidenheit der juristischen Sphäre zugänglich sind. Man sehe nur einmal die Erörterungen des Amtsgerichtsraths Hahn*) in Berlin an, der zur Illustration seiner Ansichten, die in ihren Konsequenzen die Entmündigung wegen Geistesschwäche völlig annulliren, frischweg einen durchaus unmöglichen Fall von Dementia senilis construirt, in dem die Krankheit sich in einem völligen Zurücksinken auf die Stufe eines Siebenjährigen äussern soll. Was auf der anderen Seite die Juristen gelegentlich den Zeugen für eine Competenz beimessen, zeigt z. B. ein Oberlandsgerichtsbeschluss aus B. vom 12. V. 1899, der die Vernehmung von 3 Landleuten als Zeugen darüber anordnet, „dass G. K. nur deshalb im Jahr 1877 (geistig) erkrankte, weil er mit seiner Frau nicht auskommen konnte, indem dieselbe ihm gegenüber unverträglich und unsolid war."

Die Momente, die das Ansehen des Sachverständigen und seiner Wissenschaft gefährden, liegen auf ganz anderem Gebiet; in Frankreich, wo sich der Sachverständige Ausdrücke wie „irresponsable" erlauben darf, oder in der Schweiz, wo z. B. im Kanton Thurgau zur Kuratelverhängung wegen Geisteskrankheit das ärztliche Gutachten den Ausschlag giebt und ein Prozessualverfahren, eine Verhandlung mit dem Kranken vor dem Richter oder Waisenamt überhaupt nicht stattfindet, ist es darum um das Ansehen der Psychiater gewiss nicht schlimmer bestellt als bei uns.

Vor allem bleibt für die Revision zu wünschen, dass auch dem Begriff der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" der gebührende Platz angewiesen wird, mit dem sich auch juristischerseits sehr wohl auskommen lässt, wie das Beispiel nicht nur der Gesetze mehrerer Auslandsstaaten, sondern auch einer ganzen Reihe von deutschen Strafgesetzbüchern vor 1870, bez. 1866 beweist, so von Baden (§ 153), Bayern (Art. 68), Braunschweig (§ 60), Hannover (Art. 94), Hessen (Art. 114), Nassau (Art. 113), Oldenburg (Art. 110), Sachsen (Art. 88), Sachsen-Altenburg (Art. 64), Württemberg (Art. 98) und den thüringischen Landen (Art. 50).

Wenn ich somit auch nicht alle Einwände des Herrn Professor Mendel unbesehen zu acceptiren in der Lage war, freut es mich doch ausserordentlich, aus seinen Schlussausführungen erkennen zu dürfen, dass er den Grundanschauungen meiner Betrachtungen über die Berechtigung der forensischen Psychiatrie seine Zustimmung nicht versagt hat.

*) Lehrbuch des deutschen Strafrechts, 10. A., S. 147.

*) Zur Unterscheidung zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuchs, in der Zeitschrift für Medicinalbeamte 1900, Heft 23.

Mittheilungen.

— **VIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Dresden, 25. und 26. October 1901. Anwesend etwa 70 Theilnehmer. I. Sitzung: Vors. Herr Prof. Hitzig.

1. Herr Bruns (Hannover). Ueber die Verschiedenheiten der Prognose zwischen Plexus- und Nervenstamm-Lähmungen der oberen Extremität (veröffentlicht in No. 22 des Neurolog. Centralbl.).

Discussion:

Herr Adolf Schmidt und Herr O. Förster führen Fälle eigener Erfahrung an, die die schlechtere Prognose der Plexus-Lähmungen bestätigen und auch die Möglichkeit einer Betheiligung des Rückenmarks erweisen.

Herr Hitzig hält bei der guten Prognose der Radialis-Drucklähmungen die relativ geschützte Lage dieses Nerven für wichtig und erinnert auch an die Bedeutung physiologischer Verhältnisse (lawinenartiges Anschwellen des Reizes oberhalb der Läsionsstelle).

Herr Haenel: Auch die von Viannag neuerdings festgestellte Topographie des Querschnitts peripherer Nerven, die Lage der einzelnen Faserarten in denselben spielt ohne Frage bei der Vertheilung und der Reihenfolge der Heilung peripherer Nervenlähmungen eine Rolle.

Herr Bruns: Schlusswort.

2. Herr Aschaffenburg (Halle a. S.). Beitrag zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrechen.

Vortr. demonstrirte an der Hand zweier Tafeln nach einer französischen und deutschen Statistik die eigenthümliche Vertheilung der Sittlichkeitsverbrechen auf die einzelnen Monate des Jahres, wobei der Höhepunkt im Juni und Juli erreicht wird. Diese Periodicität ist auf allen Gebieten des Geschlechtslebens nachweisbar, um so ausgeprägter, je weiter sich die Bethätigung desselben vom Normalen entfernt: am geringsten bei den ehelichen Conceptionen, am deutlichsten bei der Unzucht an Kindern. — Seit 1½ J. hat Vortr. sämmtliche in das Strafgefängnis zu Halle a.S. eingelieferten Sittlichkeitsverbrecher einer psychiatrischen Beobachtung unterworfen. Es waren das 95; für ganz gesund hielt er von diesen nur 20; von den wegen Unzucht und Nothzucht Verurtheilten 80 waren 26, denen Vortr. den Schutz des § 57 zugebilligt hätte, und 18, bei denen die Zurechnungsfähigkeit eingeschränkt erschien. Die einzelnen in Betracht kommenden Geistesstörungen waren, in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit: Imbecillität (37), Epilepsie (8), senile Demenz (8), Neurasthenie (3), Dementia praecox (1), Hysterie (1), Gefangenenwahnsinn (1); in einem Falle erfolgte ferner 8 Tage nach der Einlieferung Suicid, ohne dass der Gefangene irgendwie auffällig gewesen wäre. Von den Senilen, die ihre Unzuchthandlungen sämtlich an Kindern begangen hatten, standen 7 im Durchschnittsalter von 71 Jahren; alle waren zum 1. Male bestraft. Bei Keinem war die geistige Gesundheit angezweifelt worden. — Einige der Verurtheilten hatten überhaupt nie normalen Geschlechtsverkehr gehabt. Die grosse Zahl der psychisch Abnormen zeigt, wie nothwendig es ist, in allen Fällen von Sittlichkeits-Verbrechen eine psychiatrische Begutachtung zu veranlassen; in den vorliegenden Fällen war dies nur zweimal mit dem Erfolge der Exculpirung geschehen. Eine mildere, d. h. kürzere Strafe ist bei all den wegen Schwachsinns, Epilepsie, Hysterie etc. Minderwerthigen im Interesse der allgemeinen Sicherheit nicht angebracht.

Discussion:

Herr Moeli vermisst die Erwähnung der Exhibitionisten; bei diesen mag oft als Motiv die Erregung des Schamgefühls bei der angegriffenen Person als sexuelles Moment wirksam sein.

Herr Ganser findet, dass die Mehrzahl der exhibitionistischen Handlungen entweder im Alkoholrausch oder von Epileptikern begangen werden.

Herr Hitzig fragt nach dem Grunde der auffallenden Uebereinstimmung der Curven aus der deutschen und französischen Statistik.

Herr Aschaffenburg: Die Jahrestemperatur ist an den Schwankungen der Geschlechtsthätigkeit allein gewiss nicht schuld. Die Exhibitionisten sind durch ein Versehen nicht mit in die Statistik aufgenommen; in Heidelberg waren es meist Epileptiker. — Ueber die Motive zu ihren unsittlichen Handlungen konnten die wenigsten der Gefangenen klare Auskunft geben.

3. Herr Förster (Breslau): Die Grundlagen der methodischen Uebungstherapie von Bewegungsstörungen.

Vortr. giebt einen Auszug aus seinem jüngst erschienenen Buche, der sich zum kurzen Referat nicht eignet. Er vertritt die Sensibilitäts-Theorie der Aaxie, nimmt aber 3 über einander gelagerte Coordinations-Systeme, das spinale, cerebellare und cerebrale an, aus deren verschiedener Betheiligung an den Läsionen die einzelnen Arten der Coordinationsstörung entwickelt werden.

Discussion:

Herr Binswanger hält es nicht für ausgeschlossen, dass die Analysen des Vortr. auch auf functionelle Störungen anwendbar sind (hysterische Lähmungen).

4. Herr Bennecke (Dresden): Aus meiner psychiatrischen Thätigkeit am Dresdner Garnisonlazareth.

Von den der Aufsicht des Vortr. unterstellten Kranken waren der Zahl nach Schwachsinn, psychopathische, namentlich Angstzustände auf degenerativer Basis und epileptische Geistesstörung am zahlreichsten. Alcoholismus war, besonders auch unter den Unterofficiren, selten. — Vortr. giebt dann ausführlich die Krankengeschichte dreier Leute mit Wandertrieb (Poriamanie) wieder; zwei von denselben waren erblich belastet, bei keinem bestand echte Epilepsie mit Krampfanfällen. Allen gemeinsam war die erhaltene Erinnerung, die sich zum Theil auf die kleinsten Einzelheiten während ihres Wanderzustandes erstreckte, das nur im Zustande grösster Ermüdung für kurze Zeit unterbrochene Umherschweifen, das Unbezwingliche

und völlig Dominirende des Wandertriebes, das keine vernünftige Ueberlegung aufkommen liess.

Discussion:

Herr Ilberg begrüsst die Einrichtung der psychiatrischen Beobachtungsstation am Garnisonlazareth als einen Fortschritt. Der Alcoholismus, wenn auch unter den Mannschaften selten, spielt im Officiercorps leider noch eine recht erhebliche Rolle. Fälle von Dementia praecox, die während, wenn auch nicht infolge der Dienstzeit zum Ausbruche kamen, hat er ziemlich häufig gesehen.

Herr Bruns fragt nach der Verbreitung der Hysterie, besonders der traumatischen in der Armee.

Herr Bennecke: Hysterie ist im Heere verhältnissmässig häufig; eine Anhäufung von psychopathischen Elementen in den Festungsgefängnissen, wie sie Herr Ilberg fürchtet, dürfte bei dem heutigen Betrieb kaum mehr vorkommen.

II. Sitzung. Vorsitz: Herr Prof. Binswanger.

5. Herr Haenel (Dresden): Gedanken zur Neuronfrage.

Vortr. giebt eine Gegenüberstellung der Thatsachen, die in alter und neuester Zeit für und gegen die Neuronentheorie angeführt worden sind. Für dieselbe spricht das anatomische Bild im Golgi-Präparat, die His'sche Darstellung der Embryogenese der Nervenfaser, viele Thatsachen der Pathologie, bes. die secundäre Degeneration; gegen dieselbe sprechen die continuirlichen Neurofibrillen, die alten und neuen Beobachtungen einer multicellulären Entstehung des Axencylinders, alle transneuralen trophischen Störungen, manche Beobachtungen an Missgeburten. Die Physiologie hat sowohl mit der Neuronen- als mit der Fibrillenlehre Schwierigkeiten; dieselben werden wie die anderen erleichtert, wenn man statt der anatomischen eine functionirende Einheit annimmt unter der Hinzufügung, dass die anatomische Integrität an das Vorhandensein der physiologischen Reize gebunden ist. Das „Neuron" hätte man sich dann als ein Organ vorzustellen, dessen Einheitlichkeit erst mit und nach Massgabe der Funktion entstanden, nicht von vorn herein gegeben wäre. Der Streit um die Frage nach der functionellen Allein- oder Oberherrschaft der Zelle oder der Fibrillen u. s. w. würde bis zu einem gewissen Grade hinfällig: Fibrille mit Pigroid wird natürlich andere Eigenschaften aufweisen als Fibrille mit Interfibrillärsubstanz oder Fibrille mit Fibrille. — Wir können sagen: Der Begriff des Neuron als einer anatomischen, embryologischen, pathologischen und trophischen Cellulär-Einheit ist heute nicht mehr aufrecht zu erhalten. Setzt man an seine Stelle die Einheit nach Art eines Organs, so entspricht diese Vorstellung den heutigen histologischen und entwicklungsgeschichtlichen Anschauungen, erklärt die Thatsachen der Pathologie ebenso gut und lässt die physiologischen Verhältnisse verständlicher erscheinen. Vortr. schlägt deshalb für das morphologische und physiologische Bauelement des Nervensystems den Namen eines Ergon vor.

Discussion:

Herr Binswanger hält die Vorstellung einer Organeinheit für werthvoll zur Erklärung mancher pathologisch anatomischer Eigenthümlichkeiten; besonders denkt er dabei an die „Partialschädigungen" der Zelle bei Paralyse. Er glaubt übrigens, dass eine ähnliche Anschauung wie die des Vortr. schon vor Jahren einmal von Merkel ausgesprochen wurde.

Herr Hoppe: Schon Hensen vertrat gegen His die multicelluläre Entstehung des Axencylinders.

Herr Haenel (Schlusswort).

6. Herr Böhmig (Dresden). Hysterische Unfallserkrankungen bei Telephonistinnen.

Vortr. hat eine Anzahl Telephonistinnen behandelt, die durch einen Blitzschlag in die Leitung oder durch einen starken Inductionsschlag getroffen worden waren. Einzelne Fälle waren deshalb interessant, weil die Verletzten sehr bald — nach 3—70 Stunden — zur Untersuchung kamen und sofort das Bild der Unfallsneurose boten, andere deshalb, weil sie schon vorher wegen anderer Störungen in Behandlung des Vortr. standen und so constatirt werden konnte, dass kein Symptom der späteren Neurose schon bestanden hatte. Die Form und Schwere der Fälle war sehr verschieden; organische Veränderungen traten trotz jahrelangen Bestehens nie ein.

Discussion:

Herr Bruns hat unter den Symptomen der Blitzschlag-Neurosen ausser hysterischen auch organische beobachtet, so z. B. einmal eine ausgesprochene einseitige Trigeminus-Neuralgie mit trophischen Störungen (Ausfall der Zähne etc.).

Herr Binswanger weist auf die Seltenheit derartiger Fälle in der Litteratur hin; er hat bei seinen Fällen mehrfach grobe Simulation entdeckt.

Herr Hitzig findet einen Unterschied zwischen gewöhnlichem Blitzschlage und Telephontrauma darin, dass bei letzterem die Betroffenen gelegentlich völlig unvermuthet von einem entfernten Gewitter her den Schlag erhalten, ein vorangehender, ungünstig wirkender Angstaffect also ausgeschlossen ist. Die Prognose war in seinen Fällen im Gegensatz zu denen des Vortr. meist schlecht.

Herr Böhmig hat auch solche Fälle wie Herr Hitzig beobachtet, wo die Dresdner Telephonistin z. B. von einem in Chemnitz niedergehenden Gewitter verletzt wurde; da die Mädchen den Hörer am Kopfe befestigt tragen, sind sie unter Umständen auch dem ausgesetzt, dass sie mehrere Schläge rasch hinter einander erhalten, ohne dass sie ausweichen können.

7. Herr Strohmayer (Jena). Ueber die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne.

In Anbetracht des Umstandes, dass es eine symptomatische Migräne bei Epilepsie giebt, soll man sich hüten, ohne weiteres von Uebergängen zwischen beiden Krankheiten zu sprechen; trotz ihrer Aehnlichkeit in manchen Punkten trennt sie doch entscheidend der Umstand, dass die Migräne auch nach jahrelangem Bestehen und trotz grösster Intensität nie in Schwachsinn übergeht. Beide, Migräne und Epilepsie kommen gelegentlich als gleichwerthige Erkrankungen bei ein- und demselben Individuum vor, doch hat sich kein einwandfreier Fall finden lassen, der als echter Uebergang der einen in die andere anzusprechen gewesen wäre. Wo ein solcher vorzuliegen schien, war die

Migräne entweder nur ein Symptom der epileptischen Grunderkrankung, oder diese trat als etwas Neues zur Migräne hinzu. Bei der Mitigation der Epilepsie zur Migräne wird das Verhältniss in der Regel so sein, dass die Epilepsie als solche weiter besteht und nur Migränetypus angenommen hat. Gelegentlich ist überhaupt die Entscheidung, ob Migräne oder Epilepsie vorliegt, nicht sicher zu fällen.

8. Herr Pierson (Lindenhof). Ueber Entmündigung wegen Geistesschwäche.

Ein Pat. war 1894 wegen Geisteskrankheit nach den Bestimmungen des B. G. B. für Sachsen entmündigt worden; er beantragte 1901 die Umwandlung in eine Entmündigung wegen Geistesschwäche, da er sich zu verheirathen wünschte. Das gerichtsärztliche, sowie das Obergutachten des Landes-Medicinal-Collegiums sprach sich gegen diesen Antrag aus, worauf das Gericht beschloss, eine juristische Autorität an der Landes-Universität um ihr Gutachten zu ersuchen. Der betreffende Jurist sprach sich in dem in extenso verlesenen Gutachten für die Umwandlung der Entmündigung in eine solche wegen Geistesschwäche aus, mit der Begründung, dass dadurch dem Kranken nur die Geschäftsfähigkeit eines Kindes von 7 Jahren zugesprochen wurde, die er im wesentlichen auch schon vorher besessen hatte. Das Gericht beschloss auch demgemäss. Vortr. spricht als seine persönliche Ansicht aus, dass auch er im vorliegenden wie in ähnlichen Fällen die Gewährung dieser immerhin sehr beschränkten Geschäftsfähigkeit für unbedenklich halte, dieselbe sei meist genügend, um zu verhindern, dass die Patienten sich und andere geschäftlich schädigten.

Discussion:

Herr Weber bedauert als Referent des Landes-Medicinal-Collegiums, dass nach dem juristischen nicht der psychiatrische Gutachter noch einmal gehört werde. Missverständnisse hätten dadurch vermieden werden können.

Herr Pierson: (Schlusswort).

9. Herr Ganser (Dresden). Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande.

Der Symptomencomplex, den Vortr. zuerst 1897 beschrieben hat, ist in seiner Eigenart und forensischen Bedeutung seither allseitig anerkannt worden. Vortr. beschreibt an der Hand eines skizzirten Krankheitsfalles die wichtigsten Symptome, besonders das der „unsinnigen Antworten“ und der Bewusstseinsstörung, die nicht in einer Einengung, sondern in einer Trübung mit nachfolgender Amnesie besteht, sowie die körperlichen Begleiterscheinungen (Sensibilitätsstörungen, Stigmata, Stirn-Kopfschmerz). — Vortr. wendet sich sodann gegen die Anschauungen Nissl's, wonach der Symptomencomplex nichts als eine besondere Form des katatonischen Negativismus sei und der in jedem Fall den Nachweis des hysterischen Characters im Sinne Kraepelins fordert. Auch Vortr. hat Fälle von Katatonie beobachtet, bei denen vorübergehend das beschriebene Symptom auftrat; er deutet sie als Fälle von Katatonie bei Personen mit hyster. Anlage resp. katatonischer Erkrankung bei entwickelter Hysterie.

10. Herr Seifert (Dresden). Ueber einen Fall von Unfallhysterie mit cutaner und sensorischer Anästhesie.

Demonstration eines Kranken, der vor 10 Jahren eine Gehirnerschütterung erlitten hatte und im Anschluss daran hysterisch wurde. 2 Monate nach dem Unfall erwachte er aus einem 2tägigen Dämmerzustande mit einer completten sensiblen und sensor. l.-seitigen Hemianästhesie, die bis heute unverändert besteht, zeitweise noch von anderen hysterischen Symptomen (Mutismus, Blutbrechen, doppelseitiger Taubheit) begleitet war. Links besteht auch Verlust der Lage- und Bewegungsempfindung. Während er bei offenen Augen mit beiden Händen ungestört alle Bewegungen ausführt, hört l. sofort jede Bewegung auf, sobald man ihm das r. nicht amauroische Auge verschliesst. Ebenso hört er bei Verschluss des r. Ohres mitten im Satze zu reden auf. Nach Verschluss von Auge und Ohr sinkt Pat. nach wenigen Secunden um und verfällt in einen schlafähnlichen Zustand. — Vortr. bezeichnet das ganze als eine Erkrankung des Bewusstseins und entwickelt hieraus die Genese der einzelnen Symptome.

11. Herr Stegmann (Dresden): Ueber Suggestivbehandlung von Trinkern.

Vortr. hat seit 1899 im Ganzen 28 Trinker in Behandlung mit hypnotischer Suggestion genommen. 5 davon entzogen sich in der ersten Woche der Behandlung, 7 verfielen nachträglich wieder dem Trunke, 16 sind z. Zt. noch völlig enthaltsam, eine Anzahl von den letzteren erlitt allerdings in der Zwischenzeit Rückfälle; 9 leben z. T. seit über 2 Jahren völlig enthaltsam. Die in das Stadtirrenhaus aufgenommenen Kranken wurden zunächst in der Anstalt einige Wochen, z. T. mehrere Monate lang intensiv mit Wach- und Schlafsuggestion behandelt, nach der Entlassung noch längere Zeit regelmässig in die Anstalt bestellt. Es wurde verlangt und meist auch erreicht, dass die Kranken sich in den Guttemplerorden aufnehmen liessen. — Schwere psychische Degeneration trübt die Prognose, dagegen schliesst lange Dauer des Alkoholismus die Heilung nicht aus, macht nur längeren Anstaltsaufenthalt erforderlich.

H. Haenel-Dresden.

— **Bericht über die 70. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Samstag den 15. November 1902 in Bonn.

1. Geschäftliche Mittheilungen.

Nach einer Zeitungsnotiz hatte der Bundesrath der Resolution des Reichstags zugestimmt, nach welcher die verbündeten Regierungen ersucht werden, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufenthaltsverhältnisse und die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten sowie die Entlassung aus denselben reichsgesetzlich geregelt werden. Deshalb hatte Schultze in der vorigen Sitzung am 7. Juni 1902 angeregt, der Verein möge zu den hierbei zu berücksichtigenden Gesichtspunkten Stellung nehmen, sowie ein Referat übernommen. Da er aber inzwischen von zuständiger Seite erfahren hatte, dass in der nächsten Zeit sich der Reichstag

mit dieser Frage noch nicht beschäftigen werde, hatte er von der Erstattung eines Referats abgesehen.

Er begründete aber kurz einen von den Anwesenden angenommenen Antrag, der dahin geht, dass der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz den Verein der deutschen Irrenärzte bittet, zu gegebener Zeit vorstellig zu werden, dass letzterem der eventuelle Entwurf eines Irrengesetzes zur Kenntnissnahme vorgelegt werden möge.

Thomsen sprach hierauf zu dem bekannten Justizministerial-Erlass vom I. X. Formal sei er ja aus dem Kreisarztgesetz und der Civilprozessordnung zu erklären. Indess dürften die lang dauernde psychiatrische Thätigkeit des Anstaltsarztes, seine eingehende Bekanntschaft mit dem zu Entmündigenden und die Wichtigkeit der bei der Entmündigung zu lösenden Fragen „besondere Umstände" sein, welche die Zuziehung der Anstaltsärzte nach wie vor rechtfertigten. Die Verordnung sehe er, rein sachlich betrachtet, als eine Verschlechterung des Verfahrens an vom Standpunkte der Kranken und der Anstaltsärzte. Es fehle dem Kreizarzt vielfach die nothwendige Sachkenntniss, die praktische Erfahrung und vor allem die anhaltende, continuierliche Beobachtung des zu Entmündigenden. Mancher Anstaltsarzt werde nur die Person des zu Entmündigenden zur Verfügung stellen, und dann könnte das Gutachten nur zu leicht unvollkommen werden; und wenn dann nach Ablehnung der Entmündigung die Entlassung des Kranken erfolgen müsse, so sei damit dessen Interessen wenig gedient. Die neue Verordnung sei in den Augen des Publikums thatsächlich ein Misstrauensvotum gegen die Irrenärzte, und so werde indirect das Misstrauen gegen diese weiter gefördert. Er schlage daher vor, die Angelegenheit dem Verein deutscher Irrenärzte zur eventuellen weiteren Veranlassung zu unterbreiten.

Ungar wies demgegenüber darauf hin, dass die frühere Verfügung von 1899 ein Misstrauensvotum gegen die Medicinal-Beamten und von diesen schwerstens empfunden sei; sie contrastire mit der Processordnung. Eine einfache Aufhebung dieser Anordnung von 99 würde sich vielleicht mehr empfohlen haben.

Es gebe ja sicher Medicinalbeamte, die nicht die genügende Sachkenntniss hätten; aber auch manche Anstaltsärzte seien nicht zuverlässig. In Strafsachen überlasse man dem beamteten Arzte die Begutachtung, ebenso bei der Aufnahme in Privatirrenanstalten; warum nicht auch hier, wo die Sachlage oft einfacher und eine längere Beobachtung möglich sei? Eventuell könne eine längere Ausbildung in einer Irrenanstalt als nothwendige Vorbildung vom Kreisarzte verlangt werden.

Die Gerichtsärzte hätten zudem grade auf diesem Gebiete eine erhöhte Thätigkeit, und ihre Zahl werde noch vermehrt.

Die Anstaltsärzte der Privatirrenanstalten könnten in Entmündigungssachen nicht immer einen so objectiven Standpunkt einnehmen, wie es oft nothwendig sei; es müsse eine Voreingenommenheit bestehen, schon mit Rücksicht auf den Zwang der Entlassung nach Ablehnung oder Aufhebung der Entmündigung; und das Publikum verlange einen neutralen, unparteiischen Begutachter.

Bei den öffentlichen Anstalten lägen die Verhältnisse meist anders.

Um das von der Anstalt gesammelte Material verwerthen zu können, könne der Kreisarzt durch den Richter das Krankenjournal einfordern oder die Vernehmung des Anstaltsarztes beantragen.

Oebeke weist darauf hin, dass die Krankengeschichte manches enthalte, was unbedingt geheim gehalten werden müsse. Der Justizminister könne jetzt nichts mehr machen, und er habe auch kaum anders handeln können; er habe auch einen etwaigen Vorschlag, die Directoren der öffentlichen Anstalten als Gutachter neben den Kreisärzten zuzulassen, aus rein juristischen Gründen ablehnen müssen. Wir hätten uns früher bei der Berathung über das Kreisarztgesetz wehren sollen! Aber Keiner, auch das Justizministerium selber, hätte dessen weittragende Bedeutung zu überschauen vermocht, und ohne die Anregung des Preussischen Medicinal-Beamten-Vereins wäre es wohl beim alten geblieben. Auch er schlage vor, die Angelegenheit vertrauensvoll dem Verein deutscher Irrenärzte zu übergeben, wenngleich es sich hierbei nur um Preussische Verhältnisse handele.

Die Versammlung stimmt dem Antrage Thomsen's bei und übergiebt die Angelegenheit dem Verein deutscher Irrenärzte.

2. Vorträge:

a) Brosius-Sayn: Die Psychosen der Juden.

Vortragender giebt eine kurze Uebersicht über die einschlägige, nicht umfangreiche Litteratur, begründet die Berechtigung, über das Thema zu schreiben und die Psychosen der Juden einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen, und hebt hervor, dass die Juden mehr erkranken als die Christen, dass das männliche Geschlecht uberwiegt, und dass die Prognose der Geistesstörungen bei den Juden sehr ungünstig sei; in erster Linie handelt es sich bei ihnen um Paranoia, dann kommt progressive Paralyse.

b) Sauermann-Bonn: Zur Prognose und Therapie der Trunksucht (erscheint in extenso in dieser Zeitschrift).

c) Schultze-Andernach: Casuistischer Beitrag zur Lehre der Augenmuskellähmung.

Der 45jährige, bisher ganz gesunde Arbeiter erlitt einen Bruch des rechten Scheitelbeins; darnach einen Tag bewusstlos mit starkem Erbrechen und erheblicher Verengerung der linken Pupille. Bald darauf Lähmung der inneren Augenmuskeln linkerseits; Klagen über Kopfschmerz, Schwindel, Gedächtnissschwäche, Intoleranz gegen Alkohol, Charakterveränderung und Schlaflosigkeit. Die Begutachtung in der Bonner Anstalt betonte seine volle Erwerbsunfähigkeit, die auf den Unfall zurückzuführen sei. Einige Zeit später zunehmend stumpfer, theilnahmsloser; wegen Gemeingefährlichkeit einer Irrenanstalt überwiesen; hier lallende Sprache; Aufhebung der Reflexe; Tod $3\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Unfall. Keine Section.

Sch. bespricht kurz die Lehre von der Ophthalmoplegia interna mit besonderer Berücksichtigung der Localisation der Affection und deren Aetiologie und führt das Leiden in diesem Falle auf das Trauma zurück.

d) Thomsen-Bonn:

α) Ueber Salzentziehungskuren.

Toulouse und Richet empfahlen 1899 gegen Epilepsie möglichst salzarme Kost mit gleichzeitiger Bromdarreichung.

Vortragender sah gute Erfolge in einem Falle von Epilepsie, soweit sich das heute, 6 Wochen nach Beginn der Kur, sagen lässt.

Rathsam erschien ihm ein Versuch der Methode bei anderen Neurosen, gegen die ebenfalls Brom angewandt wird. Er wendete es an bei drei Hysterischen, war aber mit dem Erfolg wenig zufrieden; einmal traten schwere hysterische Delirien auf, die völlig dem delirium tremens glichen. In allen Fällen setzte hier innerhalb drei Wochen, wiewohl die tägliche Bromdosis nur 4 gr. betrug, eine erhebliche Bromvergiftung ein (Benommenheit, Schlafsucht, taumelnder Gang, lallende Sprache, Gedächtnissschwäche).

Das Brom habe so intensiv, ja verblüffend gewirkt, und die Durchführung der Diät sei trotz der langweiligen und indifferenten Nahrung so gut möglich, dass er rathen möchte, die Methode nicht ohne weiteres aufzugeben, sondern weitere Versuche mit Vorsicht anzustellen.

Steiner-Köln konnte ähnliches bei einem Postbeamten beobachten, der früher ungestraft jahrelang 10 gr. Brom nehmen durfte; jetzt wurde er bei einer Dosis von 6 gr. pro die 6—7 Wochen nach Einleitung der Kur schwach, hinfällig, konnte nicht denken, nicht schreiben, so dass zur alten Diät wieder gegriffen werden musste.

Zacher-Ahrweiler sah gute Erfolge bei 3 Fällen von Epilepsie; in allen nahm die Zahl der Anfälle ab.

β) Zur circulären Psychose.

Unter Vorzeigung sehr instructiver Curven hebt Th. hervor, dass beim manisch-depressiven Irresein die einzelnen Anfälle recht lange, 6, 8 Jahre dauern können; innerhalb eines solchen Anfalles sei dann die Diagnose recht schwer zu stellen.

In anderen Fällen sah Th. die Anfälle, die bisher sich fast gesetzmässig wiederholt hatten, Jahre lang ausbleiben.

Pelman empfiehlt aus eigener Erfahrung die Anlegung von Curven bei manisch-depressiven Psychosen und berichtet über einen von ihm während 4 Jahren beobachteten Kranken, der jeden Tag regelmässig mit seiner Manie und Depression wechselte.

Ernst Schultze.

Berichtigung.

Die Redaktion der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift ersuche ich um gefällige Aufnahme nachstehender Berichtigung zu dem letzten Passus des in Nr. 33 unter Mittheilungen gebrachten Artikels „Aus Ostpreussen".

Das Frauenhaus der Anstalt für katholische Epileptische in Wormditt, welche den Namen „Heilstätte St. Andreasberg" erhalten hat, ist nicht erst in Angriff genommen, sondern bereits am 14. April d. J. mit 63 Kranken belegt worden*). Von einer Absicht, im Frauenhause auch Männer unterzubringen, ist hierorts nichts bekannt. Die Ueberführung der männlichen Epileptischen katholischer Konfession aus Karlshof nach Wormditt und die Neuaufnahme männlicher Kranker in die hiesige Heilstätte wird erst nach Fertigstellung des Männerhauses erfolgen, mit dessen Bau im nächsten Frühjahr begonnen werden wird.

Zu dem Schlussartikel „Aus Ostpreusen" in Nr. 34 der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift bitte ich Sie, folgende Berichtigung aufzunehmen.

Herr Hoppe befindet sich im Irrthum, wenn er behauptet, ich hätte mir den „erforderlichen Befähigungsnachweis" für die ärztliche Leitung der hiesigen Anstalt für Epileptische durch einen vierteljährigen Studienaufenthalt in Kortau erworben. Wie schon mein früherer Chef, Herr Direktor Alt, berichtigend hervorgehoben hat, bin ich etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre in Uchtspringe als Arzt thätig gewesen. Ausserdem habe ich mich noch vor Uebernahme der ärztlichen Leitung der hiesigen Anstalt die ersten 3 Monate d. J. in Kortau als Volontärarzt aufgehalten, wo mir mit Rücksicht auf meine in Uchtspringe erhaltene Ausbildung die selbständige Führung einer grösseren Abtheilung anvertraut war. Der Gewährsmann des Herrn Hoppe scheint doch hiernach kein besonderes Anrecht auf Vertrauen beanspruchen zu dürfen.

Hochachtungsvoll und ergebenst

Dr. Hankeln,

leitender Arzt der Heilstätte St. Andreasberg.

— **Satzungen** des Vereines bayerischer Psychiater. (Nach den Beschlüssen vom 28. Juli 1902.)

§ 1.

Der „Verein bayerischer Psychiater" bezweckt die Pflege und Förderung der theoretischen und practischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge für psychisch Kranke. Er hat seinen Sitz in München.

§ 2.

Zur Erreichung dieses Zweckes dienen vorzugsweise jährliche Zusammenkünfte an einem von der vorhergehenden Versammlung zu wählenden Ort und Termin.

*) Bem. d. Red.: die Mitth. in Nr. 33 „Aus Ostpreussen" ist schon in den ersten Monaten dieses Jahres an die Red. eingesandt worden.

Stimmberechtigt bei den Versammlungen sind die anwesenden Mitglieder.

Nichtmitglieder sind als Theilnehmer oder speciell geladene Gäste zulässig, aber nicht stimmberechtigt.

§ 3.

Mitglied des Vereins kann jeder in Bayern wohnende approbirte Arzt werden, der sich berufsmässig mit Psychiatrie beschäftigt und sich bei dem Vorstande zum Beitritt anmeldet.

Als Ablehnungs- und Ausschliessungsgründe gelten lediglich die durch allerhöchste Verordnung für die ärztlichen Bezirksvereine normirten.

§ 4.

Die Mitglieder sind verpflichtet, die Zwecke des Vereines durch Leistung und Anregung wissenschaftlicher Arbeiten und Uebernahme von Referaten zu fördern und einen von der Versammlung festzusetzenden Jahresbeitrag zu leisten.

§ 5.

Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftlich erklärten Austritt, beim Wegzug aus dem Vereinsgebiet, bei Verweigerung der Beitragsleistung und durch Ausschliessung gemäss § 3, Abs. 2.

§ 6.

Zur Besorgung der Geschäfte wird alljährlich in der ersten Versammlung ein Vorsitzender, ein Schriftführer und für jeden ein Stellvertreter gewählt.

Der Vorsitzende verwahrt die Vereinsacten; er bereitet die Versammlungen vor, leitet sie nach der von ihm festgesetzten Tagesordnung und vollzieht die Aufnahme der Mitglieder.

Der Schriftführer besorgt die Korrespondenz und das Rechnungswesen, hält die Mitgliederliste evident und führt das Protokoll bei den Versammlungen.

§ 7.

Bei der Jahresversammlung wird aus den anwesenden Mitgliedern zur sofortigen Prüfung der Rechnung ein Revisor gewählt und von der Vorstandschaft ein weiterer Schriftführer zur Beihilfe bei der Aufnahme des Sitzungsprotokolls kooptirt.

Die Vortragenden und die bei der Diskussion Beteiligten haben den Schriftführern alsbald ein kurzes Resumé ihrer Aeusserungen mitzutheilen.

§ 8.

Das von den Schriftführern festgestellte, von dem Vorsitzenden genehmigte officielle Versammlungsprotokoll wird in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" veröffentlicht.

Vorsitzender und Schriftführer haben zu jeder Versammlung die Einladung zwei Monate vorher und das Programm vierzehn Tage vorher an die Mitglieder zu versenden und in der „Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift" und in der „Münchener Medicinischen Wochenschrift zu veröffentlichen.

§ 9.

Abänderungen der Satzungen müssen mindestens vier Wochen vor Zusammenkunft der Versammlung schriftlich beantragt, durch das Programm den Mitgliedern bekannt gegeben und können nur von drei Vierteilen der anwesenden Mitglieder beschlossen werden.

§ 10.

Die Auflösung des Vereines erfolgt, wenn drei Vierteile der Vereinsmitglieder ihr schriftliches Votum hiefür abgegeben haben.

Der vorhandene Kassa-Activ-Rest fällt alsdann an den Verein deutscher Irrenärzte.

— **Zum Reichsirrengesetz.** Die Königl. Württembergische Regierung hat erklärt, dass sie gegen die Erlassung eines Reichsirrengesetzes nichts einzuwenden habe, im Gegentheil die Erlassung eines solchen befürworte, wenn es auch wahrscheinlich grosse Schwierigkeiten bieten werde. Auch in Preussen geht man jetzt in medias res; die preussischen Minister des Innern, der Justiz und der Medicin haben die Behörden veranlasst, sich über die Nothwendigkeit eines Irrengesetzes zu äussern und bejahenden Falles geeignetes Material beizubringen. Es wird mit dieser Maassnahme der Weg betreten, den der Verein deutscher Irrenärzte schon vorher, im April 1902, durch Gründung einer statistischen Kommission, damit Material auch für strafrechtliche Fragen suchend, eingeschlagen hat. Es ist bemerkenswerth, dass die Kgl. Württemb. Regierung ohne solche voraufgegangene Sammlung von Material, also offenbar prinzipiell, ein Reichsirrengesetz befürwortet; es ist um so bemerkenswerther, als der Württembergische Staat das öffentliche Irrenwesen in eigener, einheitlicher Verwaltung („Königliche" Heil- und Pflegeanstalten) und, wie die jährlichen Berichte des Kgl. Württemberg. Landes-Medicinalcollegiums „über die im Kgr. Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische" zeigen, aufs zweckmässigste und übersichtlichste geordnet hat, wenn leider auch dort man sich von Benützung privater oder genossenschaftlicher Anstalten zur Erfüllung der Aufgaben der staatlichen Irrenfürsorge bisher noch nicht ganz losmachen konnte.

Ob ein Reichsirrengesetz zu Stande kommt, wird von der Stellung abhängen, welche die einzelnen Regierungen im Bundesrath dazu einnehmen. In letzterem werden nun auch die Stimmen gezählt, nicht gewogen, aber es ist klar, dass bei einer Reform des Irrenwesens die Ansicht derjenigen Regierungen ganz besonders maassgebend ist, welche seit Alters die öffentliche Irrenfürsorge in ihrem eigenen, also in direktem Ressort führen und daher deren Bedürfnisse nicht aus den hauptsächlich statistischen Berichten von Selbstverwaltungen mittelbar staatlichen Charakters, sondern unmittelbar kennen gelernt haben, wie z. B. Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen etc.

Es besteht kein Zweifel, dass das Material, welches man in Preussen sammelt, nicht nur nicht gegen die Nothwendigkeit des Reichsirrengesetzes sprechen, sondern dasselbe speciell für das nicht einheitlich geregelte preussische Irrenwesen als besonders dringlich erweisen wird.

Auf Eins sei hier aufmerksam gemacht; es scheint, als wollte man wirklich die gesetzliche Regelung des Irrenwesens nur auf die Aufnahme-, Aufenthalts- und Entlassungsverhältnisse Geisteskranker in und aus Anstalten ausdehnen. Das wäre zu wenig. Eine annähernde Uebersicht über das, was weiter in ein Reichsfürsorgegesetz für Gehirnkranke gehört, gewährt eine alle Anerkennung verdienende, kürzlich ergangene

Verfügung des Regierungspräsidenten in Lüneburg über die Ueberwachung von Geisteskranken, die sich nicht in Irrenanstalten befinden, — welche die folgenden Bestimmungen enthält:

„1. Die Kreisärzte werden ersucht, bei den Ortsbesichtigungen oder anderen sich bietenden Gelegenheiten durch Erkundigung bei den Gemeindevorständen, Geistlichen, Lehrern u. s. w. festzustellen, ob in der betreffenden Gemeinde Geisteskranke, Idioten u. s. w. ausserhalb von ausschliesslich zur Aufnahme solcher Kranker bestimmten Anstalten und zwar a) in allgemeinen Krankenhäusern, Siechenhäusern, Armenhäusern und ähnlichen Anstalten, b) in fremden Familien gegen Entgelt, c) in der eigenen Familie untergebracht sind. Ueber die ermittelten Kranken ist ein Verzeichniss anzulegen und auf dem Laufenden zu erhalten. Kranke, welche von einer öffentlichen Irrenanstalt in Familienpflege untergebracht sind, sind in das Verzeichniss nicht aufzunehmen. 2. Alle in das Verzeichniss aufgenommenen Kranken sind in geeigneter Weise zu überwachen und nach Bedarf zu besuchen. Sofern dazu besondere Dienstreisen erforderlich sein sollten, ist zu denselben meine Genehmigung einzuholen. Bei den Besuchen ist festzustellen, ob die Art der Unterbringung, Behandlung und Verpflegung mit Rücksicht auf den Character der Krankheit und die sonstigen Verhältnisse als zweckentsprehend anzusehen ist, eventuell, ob im Interesse des Kranken oder im öffentlichen Interesse die Aufnahme in eine geeignete Anstalt erforderlich erscheint. Bei den unter 1 c genannten Kranken kann von einem Besuche von vornherein abgesehen werden, sofern dies nach Lage der Verhältnisse zweckmässig erscheint. Dass bei allen derartigen Besuchen besonders vorsichtig und taktvoll verfahren wird, setze ich voraus. 3. Von wahrgenommenen Missständen, welche der Abhilfe bedürfen, insbesondere von der etwa sich ergebenden Nothwendigkeit, einen Kranken in einer Anstalt unterzubringen, ist der zuständigen Polizeibehörde zur weiteren Veranlassung Mittheilung zu machen. 4. Ueber jeden Besuch ist in dem Verzeichniss ein entsprechender Vermerk zu machen. Die gemachten Wahrnehmungen sind im Jahresbericht zu berücksichtigen. Zugleich ersuche ich die Kreisärzte, soweit sich ihnen bei ihrer Mitwirkung bei der Aufnahme Geisteskranker in die öffentlichen und Privat-Irrenanstalten Gelegenheit dazu bietet, im Interesse der Kranken darauf hinzuwirken, dass diese Aufnahmen thunlichst beschleunigt werden." In dem Verzeichnisse werden ausser dem Nationale des Kranken und seinem Aufenthaltsorte vermerkt: die Anstalt, wo der Kranke untergebracht ist oder der Name seines Pflegers, die Höhe des Pflegegeldes, Form und Dauer der Krankheit, ob der Kranke heilbar, unruhig oder gemeingefährlich ist, ob der Kranke ärztlich behandelt wird, in welcher Art und von welchem Arzt, welcher Art die Unterbringung, Verpflegung und Beschäftigung des Kranken ist, ob der Kranke entmündigt ist. —

Vermisst wird in obiger Verfügung eine Vorschrift, die in verschiedenen Irrengesetzen des Auslandes besteht, nämlich dass irgend Jemandem die Pflicht auferlegt wird, von der geistigen Erkrankung einer Person rechtzeitig oder binnen einer gewissen Zeit (z. B. im holländischen Gesetz 48 Stunden) derjenigen Behörde Anzeige zu machen, welche für die Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft oder gerichtlichen Pflegschaft zur Wahrung der Vermögens- und sonstigen Angelegenheiten des Kranken Sorge zu tragen hat.

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie und Verwandtes. 3. Quartal 1902.

Von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Rapport van de Commissie van Prae-Advies omtrent de vraag, op welke wijze in eventueele moeilijkheden beij de plaatsing van gevaarlijke krankzinnigen kan worden voorzien. Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1902, p. 385.

Reitsema: Een geval van aangeboren, abnorm groote wandbeengaten. Ibidem, p. 309.

Souques: Absence congénitale des muscles grand et petit pectoral. Nouvelle Iconographie de la Salpetrière, 1902, Nr. 2.

Aschaffenburg: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Centralbl. für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902, 15. Mai.

Ziehen: Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Psych. u. Neurologie, 1902, 5. Mai.

Revington: Mental conditions resulting in homicide. The Journal of mental science, 1902, april.

Talbot: Juvenile female delinquants. The Alienist and Neurologist, 1902, Nr. 2.

De Mattos: Os alienados nos tribunaes. 1. voluno, Lisboa 1902.

Stromer: Ueber die Bedeutung des for. entepicondyloideum und des trochanter tertius der Säugethiere. Neurol. Jahrb. 1902.

Klaussmann: Linke Flebben. Kriminalistische Skizze. Das Buch für Alle, 1902, Heft 22.

O. Gross: Die cerebrale Secundärfunction. Leipzig, Vogel, 1902. 69 Seiten.

Spitzka, E. S.: Political assassins, are they all insane? Journal of mental pathology, 1902, march, april.

Schütze: Einige Mittheilungen aus der gerichtlichen Praxis über den Gebrauch von Geheimschriften unter Verbrechern. Archiv für Kriminal-Antropol, etc., 1902, 9. Bd., 2. u. 3. H., p. 106.

Schütze: Beiträge zur Lehre des Sachbeweises, insbesondere der Fussspuren. Ibidem, p. 126.

Näcke: Die Hauptergebnisse der kriminalanthropologischen Forschung im Jahre 1901. Ibidem, p. 141.

Moll: Wie erkennen und verständigen sich die Homosexuellen untereinander? Ibidem, p. 157.

Siefert: Der Fall Fischer. Ibidem, p. 160.

Pollak: Kriminal oder Irrenhaus? Ibidem, p. 179.

Selewer: Zur Werthung von Zeugenaussagen, speciell kindlicher. Ibidem, p. 194.

Hoche: Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, Bergmann.

Lommel: Ueber angeborene Irisanomalien. Diss. Giessen 1901.

Mühl: Rudimentäre Entwickelung von Uterus und Vagina. Diss., Greifswald 1902.

Rossi: Interparietali e preinterparietali nei cranii dei pazzi. Annali di freniatria etc., 1902, p. 155.

Sauna Salaris: Sulla conformazione del padiglione dell' orrechio nei Sardi normali, alienati, criminali e prostitute. Ibidem, p. 176, 216.

Ferriani: I drammi dei fanciulli. Como, Omarieni. 1902. 312 Seiten. 4 Lire.

Schallmeyer: Natürliche und geschlechtliche Auslese bei wilden und bei hochkultivirten Völkern. Politisch-anthropologische Revue, 1902, Nr. 4.

Soukhanoff and Goris: Studies of morbid obsessions. The journal of mental pathology. 1902, Nr. 5.

Orano: Psicologia sociale. Bari 1902.

Audiffrent: Du suicide. Archives d'anthropologie criminelle etc. 1902, p. 380.

Marandon de Montyel: L'affaire Louis Paré. (Schluss.) Ibidem, p. 410.

Morache: Le mariage. Paris, Alcan, 1802.

Mayet: Notes sur les sciences anthropologiques et plus particulièrement l'anthropologie criminelle en Hollande et en Belgique. 1. partie, Hollande. Liyon, Storck 1902.

Angiolella: Psicopatie e fattore etnico del carattere. Rivista mensile di psich. for. etc., 1902, p. 107.

De Blasio: Gli zingari di Napoli (Schluss). Ibidem, p. 173.

Saporito: Sulla delinquenza militare (Fortsetzung). Ibidem, p. 190.

Babkon: Ueber den Einfluss der künstlichen Schädelnähte bei jungen Thieren auf das Wachsthum und die Entwickelung des Schädels. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. März 1902.

Asselin: L'état mental des parricides. Paris 1902.

Manzini: Trattato del furto e delle varie sue specie. Parte prima: evoluzione generale sociologica e giuridica del furto. 2. Bd. Tarino 1902.

v. Kämpffe: Die politische Auslese im Leben der Völker. Politisch-anthropol. Revue, 1902, Nr. 5.

Dix: Der soziale Schutz der Jugendlichen. Ibidem.

Schrickert: Zur Anthropologie der gleichgeschlechtlichen Liebe. Ibidem.

Wilser: Eine Kulturgeschichte der Rasseninstinkte. Ibidem.

Näcke: Ueber die sogen. „moral insanity". Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XVIII. Bergmann, Wiesbaden 1902. 65 Seiten.

Kirchhoff: Die Höhenmessung des Kopfes, besonders die Ohrhöhe. Allgem. Zeitschr. für Psych. etc., Bd. 59, p. 353.

Laurent und Nagour: Occultismus und Liebe. Uebersetzt v. Dr. Berndt. Berlin, Barfeld. M. 7,50.

Dühren: Das Geschlechtsleben in England mit besonderer Beziehung auf London. Berlin, Barfeld. 3 Bände, à 10 M.

Naskissos: Der neue Werther, eine hellenische Passionsgeschichte. Verlag von M. Spohr, Leipzig. (Homosexuelle Bekenntnisse.)

Alombert-Goget: L'internement des aliénés criminels. Lyon, Prudhomme, 1902. 207 S.

Schönbrod: Ueber einen Fall von Phocomelie etc. Diss., Bonn 1901.

Schubmehl: Ueber Dermoide des Mundbodens etc. Diss., Freiburg 1901.

Zellner: Ueber Störungen der Nahrungstriebe. Diss., Freiburg 1901.

H. Gross: Psychopathischer Aberglaube. Archiv f. Kriminalanthropol. etc., 9. Bd., 4. H., p. 253.

v. Oefele: Strafrechtliches aus dem alten Oriente. Ibidem, p. 283.

Cacic: Kroatische Wörter im „Vocabulare der Gaunersprache" des Gross'schen Handbuchs für Untersuchungsrichter. Ibidem, p. 298.

Rösing: Freispruch oder Sonderhaft. Ibidem, p. 311.

Näcke: Gedanken eines Mediciners über die Todesstrafe. Ibidem, p. 316.

Siefert: Rechtswidrigkeit bei der Erpressung. Ibidem, p. 327.

v. Josch: Ein Fall von Kindesmord. Ibidem, p. 332.

Schneickert: Die Beschaffung von Vergleichungsmaterial zum Zwecke der gerichtlichen Handschriftenvergleichung. Ibidem, p. 344.

Paul: Zum Wesen des Strafregisters. Ibidem, p. 350.

Richter: Ueberflüssige Sectionen. Ibidem, p. 353.

Mariani: La criminalità potenziale e le ossessionè omicide. Archivio di psichiatria etc., 1902, p. 345.

Portigliotti: La pazzia morale in Giovanni delle Bande Nere. Ibidem, p. 353.

Portigliotti: Un grande monomane: Fra Girolamo Savonarola (Schluss), Ibidem, p. 385.

Puglia: Unioni criminale semplici e responsabilità penale (Fortsetzung). Ibidem p. 405.

Laschi: Il „reato" di sciopero (Ende). Ibidem, p. 420.

Lombroso: Suggestione criminali in alcoolista paresico, Ibidem, p. 434.

Bertini: Il contorno facciale e sue anomalie negli epilettici, nei paranoici e negli idioti. Ibid., p. 450.

Audenino: Un caso di pazzia morale. Ibid., p. 463.

Neri: Inversione e perversione sessuale complessa. Ibidem, p. 471.

Neri: Pervertito necro filiare pederasta etc. Ibidem, p. 472.

Ingegneros: Valor de la psicopatologia en la antropologia criminale. Archivio de criminalogia etc. Buenos Aires, 1902, Jan.

Regnault: La femme à 2 nez et le polyzoïsme tératologique. Bullet et Memoires de la Société d'anthropol. de Paris, fasc. 4.

Ferrero: Se le alterazioni del sistema nervoso centrale siano primitive o secundarie alle mostruosità per difetto. Archivio per le scienze mediche. Vol. XXV, p. 3.

Gualino: L'uomo Giuseppe Mazzini. Rivista moderna politica etc., 1902, Roma. (Scluss folgt.)

Referate.

— Archives de Neurologie 1901.

Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale par A. Marie et J. B. Buvat. Nr. 67. S. 1.

Hallucinationen auf dem Gebiete der Bewegungsvorstellungen, also besonders der Sprache und der Schrift, sind im Ganzen bei Paralytikern selten, sie werden namentlich in den Remissionen beobachtet. Es werden 3 einschlägige Fälle mitgetheilt.

Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale par Marandon de Montyel. Nr. 67, S. 14.

Im Anschluss an eine frühere Arbeit theilt Verfasser die Ergebnisse seiner Beobachtungen über den Geschlechtstrieb bei 108 männlichen Paralytikern in den verschiedenen Stadien der Erkrankung mit. In 95% konnten Feststellungen gemacht werden, in 93,8% fanden sich Aenderungen. Niemals war sexuelle Perversion im Zusammenhang mit der Erkrankung selbst zu beobachten. Abschwächung des Geschlechtstriebes war 4 mal häufiger als Erhöhung und zwar trat sie entgegen der geltenden Ansicht ungleich häufiger in dem Prodromalstadium auf als die Vermehrung des Geschlechtstriebes. Selbst in den weitgehendsten Remissionen zeigte sich der Geschlechtstrieb in einem Verhältniss von 86 : 100 befallen, auch hier überwog bei weitem die Abschwächung. Bei den dementen Formen und in den Ruheperioden findet man noch am meisten eine Erhöhung, die nur noch in den expansiven Zuständen häufiger ist. Normale Verhältnisse oder verstärkten Geschlechtstrieb findet man bei Fällen bis zum Alter von 40 Jahren, von da ab tritt eine schnell fortschreitende Verminderung ein. Je geringer die begleitenden motorischen Störungen sind, desto häufiger findet sich ein normales Verhalten der Geschlechtsfunktionen. Aetiologisch kommt in erster Linie Alkoholismus in Betracht. Das frühzeitige und ausgesprochene Auftreten der Störungen kann im Prodromalstadium der Paralyse die Diagnose wesentlich stützen.

Considérations statistiques sur le service „d'observations gynécologiques" de l'asile public de Ville-Evrard en 1899 par Lucien Piqué et Feburé. Nr. 68, S. 81.

Unter Anführung der Thatsache, dass unter 400 bis 450 Kranken nur 66 Kranke gynäkologisch untersucht werden konnten, werden die Mängel der bestehenden Vorschriften, durch welche eine Untersuchung und Behandlung in so hohem Grade eingeschränkt wird, hervorgehoben und Abänderungen für dringend erforderlich erklärt. Unter den 66 Kranken waren nur 2 frei von gynäkologischen Affectionen. Die Verfasser betonen, dass für die Chirurgie bei den Geisteskranken noch ein weites Feld übrig ist, und dass Maassregeln, die chirurgische Behandlung zum Wohl der Kranken zu erleichtern, in hohem Grade wünschenswerth erscheinen.

Sur un cas d'amnésie continue, consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone par Truelle et Petit. Nr. 68, S. 86.

Bei einem 54jährigen Mann trat im Anschluss an eine, in selbstmörderischer Absicht unternommene Kohlenoxydgasvergiftung, nach 2tägigem Coma ein Zustand von Depression mit Apathie und Hemmung auf, der weiterhin eine Besserung erfuhr. Es bestand ausserdem eine völlige Amnesie für den Selbstmordversuch und die Vorbereitungen dazu, eine retrograde Amnesie wechselnder Natur für die Vorgänge, die sich in den Wochen vor dem Selbstmordversuch zugetragen hatten, sowie eine Gedächtnissschwäche (Störungen weitgehendster Art in der Denkfähigkeit), die von Dauer blieb. Anderweitige psychische Störungen, insbesondere auf intellektuellem Gebiete, sollen nicht vorhanden gewesen sein. Das Vorkommen einer derartigen Gedächtnissschwäche bei Hysterie, Alkoholismus (Korsakoff), Selbstmordversuch durch Erhängen, infectiösen Erkrankungen, Traumen etc., wird wörtlich und als Erklärung die Janet'sche Hypothese, dass es sich um einen Verlust der persönlichen Perception oder der psychologischen Verarbeitung der Eindrücke handelt, geltend gemacht.

Anatomie cérébrale et Psychologie par Jules Soury. Nr. 67, S. 28. Nr. 68, S. 97.

Eingehendes kritisches Referat über die Gehirnanatomie und ihre Beziehungen zur Psychologie, im Anschluss an die Arbeiten von Edinger u. a. Die Ansichten, welche der Verfasser über das Bewusstsein und dessen Zustände in ihrer Entwicklung in der Thierruhe vorbringt, weichen in mancher Hinsicht von der Edinger'schen Auffassung ab. Zu einem kurzen Referat sind die Ausführungen nicht geeignet.

Hysterie juvénile chez une fillette de douce ans — Hémi-anesthesie sensitive-sensorielle gauche complète. Neuf crises d'amaurose double absolue. Perversion de la vision binoculaire: discussion par R. Cruchet. Nr. 69, S. 177.

12jähriges Mädchen mit vollständiger linksseitiger sensitiv-sensorieller Anästhesie, besonders linksseitiger Taubheit, Hemiparese links, leichter rechtsseitiger Hemihyperästhesie, doppelseitiger Amaurose, die anfallsweise auftrat. Auf dem linken Auge halbe Sehschärfe, Accommodationskrampf, beiderseits Einschränkung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie, Störung des binoculären Sehaktes (vision monoculaire alternante, simultanée). Die Amaurose trat in regelmässigen monatlichen Intervallen auf, beginnend mit dem Eintritt der ersten Menstruation und dauerte 5 bis 10 Tage. Unter Berücksichtigung der in der Litteratur niedergelegten Fälle, werden im Anschluss daran die verschiedenen Formen der hysterischen Amaurose sowie die Störungen des binoculären Sehaktes festgestellt. Den Schluss bildet der Versuch, diese Krankheitserscheinungen durch Annahme einer Affection der monoculären Centren zu erklären.

Recherche sur les troubles psychologiques consécutifs à des hallucinations provoquées par N. Vaschide et A. Vulpas. Nr. 69, S. 208.

Von Jugend auf imbecilles Mädchen, das früher an hysterischen Krämpfen, gefolgt von deliranten Zuständen, später an heftigen motorischen Erregungszuständen, Schlafsucht, Stuporanfällen litt, bot zuletzt als Aequivalent Zustände von hallucinatorischer Verwirrtheit, ausgesprochenes Halluciniren von schreckhaften Situationen mit entsprechender motorischer Reaction. Erinnerung in der anfallsfreien Zeit er-

halten, lebhaftes Krankheitsgefühl, keine anderweitige Störung. Besserung durch Hypnose. Im hypnotischen Schlaf konnten nur die dabei zuweilen auftretenden Hallucinationen posthypnotisch suggerirt werden. Es war so möglich, die verschiedenen Phasen von einfacher Hallucinose bis zur ausgesprochenen hallucinatorischen Verwirrtheit mit Erregung zu beobachten. Die Hallucinationen als ursächliche Symptome führten in mittlerer Stärke auftretend zunächst einen Zustand von Gedankenablenkung, Zerstreutheit (Distraction) herbei, aus der sich dann bei grösserer Intensität der Hallucinationen die Verwirrtheit entwickelte. Der normale Zustand wurde allmählich dadurch wieder hergestellt, dass die äusseren Sinneseindrücke wieder Zutritt gewannen und die Distraction zum Schwinden brachten, während zugleich die Aufhellung des Bewusstseins eine zunehmende Orientirung ermöglichte.

L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail par Ch. Féré. Nr. 71, S. 369 u. Nr. 72, S. 463.

Auf Grund von Experimenten mit dem Mossoschen Ergographen konnte festgestellt werden, dass die Geschmackswirkung des Alkohols eine vorübergehende Excitation, ausgesprochener noch in der Periode der Ueberregbarkeit der Ermüdung bedinge. Diese Erregbarkeit scheine auf die Reizung der sensiblen Organe, besonders des Geschmacksorgans zurückgeführt werden zu müssen. Das Hinabschlucken des Alkohols, welches nur als automatischer, durch das Streben nach Anregung bedingter Akt anzusehen sei, wäre nach dieser Richtung hin ganz unnütz und führe nur zur Intoxication. Rauchtabak rufe nur eine ganz flüchtige Erregung hervor, die in der Ermüdung noch deutlicher zum Ausdruck käme. Die geringe Dauer der Excitation bedinge die Wiederholung und schliesslich die Gewohnheit, die zu einem Bedürfniss würde, dessen Befriedigung zu einer unmittelbaren Beschränkung der Energie führe, ganz abgesehen von der Intoxicationsgelegenheit.

Le mutisme hystérique dans l'histoire par K. Leroy. Nr. 72, S. 506.

Mittheilung von interessanten Fällen von Stummheit, selbst intermittirenden Charakters, und Taubstummheit aus den Schriftstellern des 17. und 18. Jahrhunderts. Das Auftreten und der Character der Störungen im Verein mit der Art der sich anschliessenden Heilung lässt die hysterische Grundlage unverkennbar zu Tage treten.

Riebeth (Eberswalde).

— Allgemeine Zeitschrift f. Psych. u. psych. ger. Medicin. 59. Bd. 2. u. 3. Heft.

Nitsche-Frankfurt a. M. Ueber Gedächtnissstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit.

Bei einem 52jährigen Paralytiker und einem 38jährigen an Hirnlues Erkrankten wurde Herabsetzung der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und des Reproductionsvermögens festgesetzt. Der Paralytiker bot diese 3 Störungen in mehr gleichmässiger Weise, bei dem anderen Pat. war die Merkfähigkeit in hervorragender Weise herabgesetzt. Von den verschiedenen Wahrnehmungen behielten beide Pat. diejenigen des Gesichtsssinnes noch am besten.

Bei Anwendung der Rauschburg'schen Methode ergaben sich bei dem Paralytiker infolge der Ermüdung noch ungünstigere Resultate.

Rudolph-Heilbronn a. N. Ueber eine Form von Zwangshandlung nebst ausführlicher Familien-Krankheitsgeschichte.

Verf. beobachtete bei einem Schüler, dass er beim Berühren eines Gegenstandes letzteren nacheinander und wiederholt an genau der gleichen Stelle mit symmetrischen Körpertheilen berührte, wobei die Anzahl der Berührungen von der geraden Zahl beherrscht zu sein schien.

Die gleiche Erscheinung boten 2 aus einer sehr schwer belasteten Familie stammende Geschwister. Die Tochter hatte die „Eigenthümlichkeit", alle Gegenstände, die sie berührt hatte, wiederholt berühren zu müssen mit dem „folternden Gedanken", dass im Unterlassungsfalle ihr oder der Familie etwas Schlimmes zustossen würde. Der Sohn musste alle Gegenstände, die er berührt hatte, ebenso mit der anderen Hand, dem anderen Fuss etc. wiederholt nach Maassgabe der geraden Zahl berühren. Dabei habe ihn immer die Zwangsbefürchtung gefoltert, dass sein Vater im Unterlassungsfalle sterben würde. Beide Geschwister litten an hyster. Irresein. Das Symptom nennt Verf. Haptomanie.

— **Richtigstellung.** Die durch ihre Kürze missverständliche Notiz in Nr. 31 wegen der Anwendung des neuen Justiz-Min.-Erlasses vom 1. Oct. 1902 auf die Insassen der öffentlichen Anstalten ist dahin richtig zu stellen, dass nach dem neuen Erlass der Richter zu prüfen haben wird, ob besondere Umstände vorliegen. Wenn er solche in der Anstaltsbehandlung eines Kranken und der daraus sich ergebenden Möglichkeit, die Anstaltsärzte als Sachverständige zu hören, erkennt, kann er dementsprechend verfahren, da er überhaupt in der Auswahl der Sachverständigen nicht beschränkt ist. Siemens.

Mehrfachen Anregungen gemäss wird beabsichtigt, **Sonderabzüge** einer Sammlung möglichst aller derjenigen Artikel herzustellen, welche eine Erörterung des preuss. Justizministerial-Erlasses vom 1. Oktober 1902 enthalten. Interessenten werden daher gebeten, Bestellungen und etwaige sonstige Wünsche bis spätestens 7. Decbr. cr. an den unterzeichneten Verlag gelangen zu lassen.

Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 36. 6. December. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber hysterisches Irresein.

Vortrag, gehalten in der 33. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Stuttgart am 2. Novbr. 1902.

Von Oberarzt Dr. *Eduard Hess* (Stephansfeld i. E.).

M. H.

Gegenüber der älteren, ziemlich allgemein giltigen Anschauung über die hysterischen Geistesstörungen, die ich als bekannt voraussetze — die neueste Darstellung, die mir zugänglich war, ist die von Fürstner in dem Leyden-Klemperer'schen Sammelwerk „Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts", ausserdem verweise ich auf das Kapitel „Hysterie" in Hoche's „Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie" —, fasst Kraepelin den Begriff „Hysterisches Irresein" wesentlich enger, ihm ist das „Hysterische Irresein" eine ganz bestimmte, circumscripte Krankheit, und als practisch wichtigste Folge aus dieser Lehre ergiebt sich, dass, wenn sie richtig ist, mit der Anschauung gebrochen werden muss, es könnten hysterische Symptome auch bei andern Psychosen vorkommen, oder es könnten auf dem Boden der Hysterie anderweitige Psychosen, wie etwa eine Hystero-Melancholie oder eine hysterische Paranoia, sich entwickeln.

Kraepelin's Auffassung, die eine nothwendige Konsequenz seiner klinischen Betrachtungsweise ist, und in dem betreffenden Abschnitt seines Lehrbuchs (1899) deutlich zu Tage tritt, hat, so weit ich die Litteratur überblicke, bis vor einem Jahre keine grosse Aufmerksamkeit erregt, vielleicht, weil Kraepelin darauf verzichtet hat, die Merkmale, die seine Lehre von der allgemeinen Anschauung unterscheiden, mit besonderer Schärfe und Ausführlichkeit hervorzuheben. Das ist nun vorigen Herbst von Nissl geschehen

in dem bekannten Vortrag*) auf unserer Karlsruher Versammlung. Die Erörterungen, die sich in der Versammlung [Fürstner, Gaupp, Friedmann**)] und in der Presse [Raecke***), Wernicke†)] daran angeschlossen haben, waren grösstentheils theoretischer und methodologischer Natur, und ich beabsichtige nicht, sie hier fortzusetzen, sondern ich möchte nur einen kurzen Beitrag zur Lösung der Frage aus dem practischen Anstaltsbetrieb geben.

Nach Nissl waren von sämmtlichen in die Heidelberger Irrenklinik aufgenommenen Frauen nur 1,5 % an hysterischen Psychosen erkrankt, dagegen waren sogenannte hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen eine relativ häufige Erscheinung (14,4 %). Für die zuletzt genannte Kategorie habe ich keine Zahlen festgestellt, ich glaube aber, wenn ich nach dem allgemeinen Eindruck urtheilen darf, dass der Prozentsatz in Stephansfeld eher höher als niedriger ist; für die hysterischen Psychosen sui generis dagegen bleibt die Prozentzahl der Stephansfelder Fälle, wie Sie gleich hören werden, hinter der in Heidelberg gewonnenen noch etwas zurück.

Ich möchte hier ausdrücklich bemerken, dass ich nicht etwa durch Nissl's Zahlen unwillkürlich beeinflusst worden bin, denn meine Zahlen sind grösstentheils viel älteren Datums, und meine Hysteriediagnosen stammen zumeist aus der Zeit vor Nissl's Vortrag. Ich verweise darauf, dass ich schon im Jahre 1898 auf unserer Versammlung zu Heidelberg in einem Vortrage††) gelegentlich erwähnt habe, dass unter den seit Jahren in Stephansfeld aufgenommenen Kranken gar keine Form — abgesehen von den Raritäten — so selten vorkam wie hysterisches Irresein.

Meine statistische Berechnung erstreckt sich auf die Aufnahmen, die in der Zeit vom 1. April 1897 bis 30. September dieses Jahres stattfanden; es waren dies 882 Männer und 847 Frauen, insgesammt 1729 Zugänge. Davon litten 1 Mann und 11 Frauen, im Ganzen demnach 12 Personen, meiner Ansicht nach an hysterischem Irresein; in Prozenten bei den Männern 0,11, bei den Frauen 1,29, unter allen Aufnahmen 0,69 hysterische Psychosen. Nissl fand, um es zu wiederholen, bei den Frauen der Heidelberger Klinik 1,5 % Hysterische, also 0,2 mehr als ich in Stephansfeld.

*) Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 25. Jahrgang, Nr. 1.

**) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 59.

***) Neurologisches Centralblatt 1902, Nr. 7.

†) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1902, Bd. 12.

††) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55, S. 703.

Bei Stellung der Diagnose „hysterisches Irresein" habe ich mich im Wesentlichen an die Beschreibung Kraepelin's gehalten. Es erübrigt sich, hier näher darauf einzugehen, denn meine Fälle von „hysterischem Irresein" sind alle der Art, dass sie als solche ohne weiteres von jedem Anhänger der älteren Anschauung sicher anerkannt werden. Der Schwerpunkt der ganzen Frage liegt ja auch nicht hier, sondern bei jenen Kranken, bei denen man nach der älteren Lehre das Vorhandensein hysterischer Symptome oder Zustände annehmen kann oder muss, die aber nach Kraepelin und Nissl nichts mit dem „hysterischen Irresein" zu thun haben. Am einfachsten wäre die Sache natürlich zu erläutern durch Vorstellung solcher Kranken oder, da mir dies hier unmöglich ist, durch die ausführliche Mittheilung ihrer Krankheitsgeschichten; in dem engen Rahmen eines kurzen Vortrags geht aber dies nicht an, und ich bin gezwungen, auf eine von mir beabsichtigte spätere Veröffentlichung über das Thema zu verweisen. Nur die wichtigsten Punkte möchte ich kurz besprechen; ich nehme dabei auch Bezug auf hierher gehörige Fälle aus früherer Zeit, die in der Statistik nicht berücksichtigt wurden.

Man pflegt sich von sogenannten hysterischen Symptomen, die eben bei allen einfachen Seelenstörungen auftreten können, in der Diagnose nicht beeinflussen zu lassen, wenn sie nur in geringer Zahl und andrerseits Erscheinungen vorhanden sind, aus denen man das Bestehen einer ganz bestimmten nichthysterischen Psychose nachweisen kann. Anders liegt die Sache, wenn die vermeintlich hysterischen Symptome sich in grosser Menge zeigen, sodass sie dem Krankheitsbild ein eigenes Gepräge zu geben scheinen. Dies ist der Fall bei der sogen. Hystero-Melancholie. Nach meiner Beobachtung nun, scheinen alle diese Hystero-Melancholien Melancholien des Rückbildungsalters zu sein, und wenn man die Kranken, die an dieser wohl bekannten Form der Seelenstörung leiden, genau untersucht, wird man fast bei keinem wenigstens einzelne sogen. hysterische Symptome vermissen, wie hypochondrische Beschwerden, Uebertreibung, Verstellung, Hyperästhesien und Parästhesien, Globus und Clavus, Ovarie, Krämpfe, jähen Stimmungswechsel u. dgl. Dabei handelt es sich in der Regel um Personen, bei denen vor der Erkrankung alles fehlte, was auf Hysterie oder hysterisches Temperament hätte schliessen lassen. Wenn nun aber diese hysterieähnlichen Symptome stete Begleiter der Rückbildungsmelancholie sind, so liegt meines Erachtens nicht der geringste Grund vor,

sie irgendwie mit dem hysterischen Irresein in Beziehung zu bringen, es sind eben Symptome der Rückbildungsmelancholie.

Eine andere Psychosengruppe, bei der, besonders im Beginn der Erkrankung, die sogenannten hysterischen Symptome oft in überreicher Menge vorkommen, ist die Dementia praecox. Ich möchte hier anstatt allgemeiner Ausführungen mich auf die Erwähnung einiger sehr lehrreicher Fälle beschränken. Es waren weibliche Patienten, bei denen wir mit gutem Recht die Diagnose „Hysterisches Irresein" stellen zu können glaubten, bei einer davon, die vorher in der Strassburger psychiatrischen Klinik behandelt worden war, in Uebereinstimmung mit der Diagnose der Klinik. In verhältnissmässig kurzer Zeit aber trat unerwarteter Weise bei diesen Kranken tiefe und dauernde Verblödung ein. Dürfen wir nun annehmen, dass hier ursprünglich eine Hysterie bestand, die unmerklich in Dementia praecox überging? Es hatten doch zweifellos die Anfangssymptome, wenn sie noch so sehr nach Hysterie aussahen, mit der Hysterie thatsächlich gar nichts zu thun, sondern es waren die Symptome eines beginnenden Verblödungsprozesses, und es wäre vielleicht möglich gewesen, dies von vorneherein zu erkennen. Man sieht an diesen Fällen auch, wie praktisch wichtig in Hinsicht auf die Prognose es ist, sich durch sogenannte hysterische Symptome nicht irreführen zu lassen.

Die viel besprochene und umstrittene sogenannte „Hysteroepilepsie" hat uns diagnostisch wohl manche Schwierigkeiten gemacht, aber wir konnten die sehr wenigen zweifelhaften Fälle schliesslich doch in eindeutiger Weise aufklären; auf Einzelheiten einzugehen würde zu weit führen.

Die von Ganser*), Raecke**) und anderen beschriebenen „hysterischen Dämmer- und Stuporzustände" habe ich nie beobachten können, obwohl wir an Zugängen aus Untersuchungs- und Strafhaft durchaus keinen Mangel haben.

Der einzige männliche Hysteriker, den ich in meiner Statistik erwähnte, war ein Strafgefangener, bei dem die Psychose im Anschluss an ein Trauma, das er bei der Arbeit im Zuchthaus erlitten, zum Ausbruch gekommen war; er bot das gewohnte Bild des hysterischen Irreseins.

Die Abgrenzung des „hysterischen Irreseins" im engeren Sinne von wahrscheinlich andersartigen Psychosen mit gehäuften hysterieähnlichen Zügen ist oft sehr schwierig, und bei mehreren Fällen musste ich die Diagnose in der Schwebe lassen. Eine unserer Kranken z. B., die an ausgesprochenen Anfällen des manisch-depressiven Irreseins leidet, bietet nicht allein in den Zeiten der Anfälle, sondern auch in ihren „gesunden" Tagen deutlich die Züge des „hysterischen Characters". Hier spielt das nivellirende Moment der Entartung eine gewisse Rolle. Aber davon abgesehen ist die reinliche Scheidung zwischen „hysterischem Irresein" im engeren Sinne Kraepelin's und hysterieähnlichen Symptomen im Allgemeinen noch ein verhältnissmässig neues Unternehmen, das vielleicht noch mancherlei Modifikationen erleiden wird. Um unter den Kranken einer Anstalt eine gewisse wissenschaftliche Ordnung herzustellen, empfiehlt es sich jedenfalls, den Begriff der „Hysterie" möglichst eng zu fassen. Vielleicht wäre eine Einigung und eine Klärung der Sache eher zu erzielen, wenn wir das unsinnige Wort „hysterisch" nicht hätten. Der viel engere Begriff „psychogen" (Sommer*) sagt mehr aus, als wir thatsächlich beweisen können, und eignet sich deshalb wohl nicht recht zum Ersatz. Es scheint mir ein ähnliches Verhältniss vorzuliegen wie zwischen Katatonie und katatonen Symptomen; die Katatonie ist eine Krankheit sui generis, katatone Symptome können bei Paralyse, bei Rückbildungspsychosen und sonst auftreten; indem wir die betreffenden Symptome ihrer Aehnlichkeit mit Symptomen der Katatonie wegen als „katatone" bezeichnen, sagen wir durchaus nicht, dass sie mit dem katatonischen Irresein wesensgleich seien. Ebenso können wir vielleicht nach altem Brauch das Wort „hysterisch" in der allgemeineren Bedeutung weiter benützen und z. B. von „hysterischen" Symptomen bei Rückbildungsmelancholie sprechen, wir müssen uns dabei nur stets bewusst sein, dass diese Symptome mit dem eigentlichen „hysterischen Irresein", abgesehen von der äusseren Aehnlichkeit, in keiner Weise verwandt sind.

Zum Schlusse noch einiges zur Aetiologie und Therapie der Hysterie — hier „Hysterie" im weitesten Sinne des Wortes genommen; nicht eigene Entdeckungen, sondern ein kurzes Referat über Beiträge von gynäkologischer Seite. Auf der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad im September ds. Js. hat Winternitz-Stuttgart über „Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden"**) gesprochen; er mahnt zur vorsich-

*) Archiv für Psychiatrie, Bd. 30.

**) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58.

*) Diagnostik ddr Geisteskrankheiten.

**) Berliner klinische Wochenschrift, 20. October 1902.

tigen Beurtheilung der Klagen und Beschwerden bei Retroflexio uteri besonders in den Fällen, in denen es sich um ledige oder verheirathete Nulliparen handelt. Das gewöhnliche ist, heisst es in dem Vortrag, dass diese Kranken schon von mehreren Aerzten untersucht und behandelt worden sind und daher meist mit der fertigen Diagnose zum Spezialisten kommen: sie klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen, die in die Beine oder gegen die obere Körperhälfte ausstrahlen, ausserdem hört man eine grosse Anzahl von Beschwerden aller Art, die man nur als nervöse oder hysterische bezeichnen kann. Solche Kranken sind dadurch, dass ihnen die falsche Lage ihrer Gebärmutter mitgetheilt wurde, und dass sie schon eine Zeit lang behandelt worden sind, auf ihren Unterleib aufmerksam gemacht worden und halten sich daher für unterleibsleidend. Bei der Untersuchung findet man einen kleinen retroflektirten Uterus, den man unmöglich für alle Klagen und Beschwerden verantwortlich machen kann, zumal da jede Komplikation fehlt. Früher hat man geglaubt, durch Einlegen eines Pessars oder durch einen operativen Eingriff (Ventro-Vagino-Fixation, Alexander-Adams) diese Kranken heilen zu können, aber die Erfahrung hat gelehrt, dass hierdurch kein Erfolg erzielt wird. Während einerseits trotz normaler Lage des Uterus die alten Beschwerden noch vorhanden sind, ist andererseits bei manchen Kranken eine deutliche subjective Besserung zu konstatiren, obgleich bei der localen Untersuchung der Uterus wieder in Retroflexionsstellung gefunden wird. Es können daher die Klagen und Beschwerden nicht ihre Ursache in der bestehenden Lageveränderung haben. Es war also nur der psychische Eindruck der Behandlung, welcher eine Besserung erzielte, die aber leider gewöhnlich nur kurze Zeit anhält. Es tritt demnach in der weitaus grössten Zahl aller dieser Fälle die Neurasthenie resp. Hysterie bei der Wahl der Behandlungsart in den Vordergrund. Das beste für solche Kranken wäre, wenn sie überhaupt nicht untersucht und damit auch nicht auf eine Lageanomalie, die ohne Bedeutung ist, aufmerksam gemacht worden wären. Eine lokale gynäkologische Behandlung ist daher bei den Kranken dieser Art nicht angezeigt, sie wirkt sogar schädlich und verschlimmernd auf den ganzen Zustand. Am zweckmässigsten wäre es, wenn dieselben aus der Behandlung des Frauenarztes in die eines inneren Mediciners übergehen würden, um die Aufmerksamkeit von der belanglosen Unterleibsaffection abzulenken. Auch die operative Behandlung, welcher Art sie auch sein möge, ist hier zu verwerfen.

Aehnlich wie Winternitz äussert sich A. Theilhaber*) in seiner Arbeit: „Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen". Er betont die Seltenheit der eigentlichen Reflexneurosen, und eine grosse Zahl verschiedener Genitalleiden (Anschwellung des Cervix, Risse desselben, Ulcerationen der Portio, Flexionen und Versionen, Pelviperitonitis u. s. w.), die im Laufe der Zeit als Hauptursache der Reflexneurosen, speziell der Hysterie erklärt wurden, hat sich in diesem Sinne nicht bewährt und ist rasch wieder vergessen worden. Theilhaber steht auf dem Standpunkt, dass speziell die Retroflexio uteri non gravidi gar keine, auch keine nervösen Symptome macht, und dass die sämmtlichen Störungen, die als Folgeerscheinungen dieser Anomalie ausgesprochen worden sind, auf Komplikationen beruhen. Speziell aus den Wunderheilungen hysterischer Symptome durch Aufrichtung des Uterus oder andere lokale therapeutische Maassnahmen könne man gar keine ätiologischen Schlüsse ziehen.

Entgegen diesen, wohl von allen Psychiatern getheilten Anschauungen hält W. A. Freund, der frühere Strassburger Gynäkologe, an der reflektorischen Natur der Hysterie fest, und in einem gleichfalls in Karlsbad gehaltenen Vortrag: „Zur pathologischen Anatomie der Parametritis chronica atrophicans"**) berichtet er über das anatomische Verhalten des nach seiner Ansicht für die Reflexneurosen verantwortlichen Ganglienapparats. Schon vor der Karlsbader Versammlung hat der gleiche Autor in der Berliner „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie"***) über „Hysterie" gesprochen, leider konnte ich mir über den Vortrag selbst keinen Bericht verschaffen, wohl aber über die daran angeschlossene Discussion. In dieser vertrat Olshausen den Standpunkt, von Hysterie dürfe man nur reden, wo eine Psychose bestehe, Neurosen allein machten keine Hysterie aus, Hyperemesis gravidarum z. B. habe mit Hysterie nichts zu thun, es gebe Hysterie genug ohne Anomalie an den Genitalorganen. Jaquet schlug vor, Psychiater und Gynäkologen sollten sich zusammenthun, um über Hysterie zu arbeiten; er habe vor 25 Jahren die auf der Westphal'schen Station in der Charité liegenden Kranken auf Frauenleiden untersucht. Ausser manchem anderen Interessanten, z. B. der häufigen Komplikation von mangelhafter Entwicklung des Gehirns mit Aplasie der

*) Halle, Marhold, 1902. Referat von Haenel im Neurol. Centalblatt 1902, Nr. 19.

**) Berliner klinische Wochenschrift, 13. October 1902.

***) Sitzung vom 13. Juni 1902. Berliner klinische Wochenschrift, 29. September 1902.

Genitalien, sei als häufigstes Frauenleiden bei Hysterischen die chronische Peri- und Parametritis gefunden worden. Jaquet will aber nicht ohne weiteres behaupten, dass sie die häufigste Ursache der Hysterie überhaupt sei. Die Gynäkologen sollten keine Operation nur wegen der Hysterie ausführen, aber es dürften auch nicht die Nervenärzte die gynäkologische Behandlung einer unterleibskranken Frau nur aus Rücksicht auf die Hysterie zurückweisen. Mackenrodt erklärte: „Krankheitsbilder, die als hysterische bezeichnet werden, entstehen im Anschluss an gewisse, vor dem Entstehen der Krankheit festgestellte Veränderungen im Becken. Kranke mit hysterischen Psychosen sollten vor der Internirung von sachverständigen Gynäkologen untersucht werden. Der Sensibilität der Frau entsprechend können Psychosen in Folge localer Veränderungen sich leichter entwickeln als beim Manne. Die localen Symptome im Becken drehen sich anfänglich hauptsächlich um den Schmerz. Wird dieser ausgeschaltet, so können die Reflexerscheinungen und die Psychose verhütet bezw. hinausgeschoben werden. Die Gynäkologen haben die Verpflichtung, darauf zu dringen, dass nicht Frauen in Irrenanstalten behandelt werden, denen durch gynäkologische Behandlung noch eine gewisse Hilfe gebracht werden kann."

Einen grossen Schritt weiter als Mackenrodt, der wenigstens am Thore der Irrenanstalt Halt macht, geht B. S. Schultze*) in seinem Aufsatz „Gynäkologie in Irrenhäusern". Schultze hat schon in einer früheren Arbeit (1880) den seiner Meinung nach nicht seltenen Zusammenhang zwischen weiblichen Genitalleiden und Psychosen betont und die Forderung aufgestellt, dass an jeder Irrenanstalt einer der Assistenten ein fertiger Gynäkologe sein sollte. Nach einer Arbeit von Hobbs (Buffalo med. Journ. 1902) über die Resultate einer sechsjährigen systematischen gynäkologischen Behandlung von Geisteskranken fand sich bei 1000 Untersuchten 253 mal ein Genitalleiden, das einer operativen Behandlung zugänglich war. Von diesen 253 Operirten starben 5, 100 wurden als von der Psychose genesen, 59 als gebessert entlassen. In den 10 Jahren vor der Einführung der gynäkologischen Untersuchung betrug das Verhältniss der als geheilt und gebessert entlassenen Männer zu der Zahl der Aufgenommenen 35,23 %, das der Frauen 37,5 %. In der fünfjährigen Periode nach der Einführung der operativen Therapie stieg die Zahl der weiblichen Entlassenen auf 52,7 %, während die der Männer 35 % blieb. Die Zunahme der Heilerfolge bei den Frauen verhielt sich also etwa wie 100 : 140, ist also sehr beträchtlich. Auch die Dauerhaftigkeit der so erzielten Erfolge liess nichts zu wünschen übrig, indem die Zahl der rückfällig erkrankten Frauen gegen früher sich nicht veränderte (19 %). Auf Grund dieser Zahlen wiederholt nun Schultze mit Nachdruck seine früher ausgesprochene Forderung.

Ich hoffe, dass diese Zusammenstellung neuester gynäkologischer Anschauungen Ihnen nicht unwillkommen war, und enthalte mich jeden Kommentars dazu, obwohl ich von vielen kranken Frauen erzählen könnte, die unnütz operirt wurden, ja, die sogar die Entstehung ihrer Psychose bestimmt auf die Operation zurückführen, ein Glaube, den ich natürlich nicht theile. Den Frauen, die die Natur angeblich in so vielen Stücken hintangesetzt und schlechter ausgestattet hat als die Männer, kann man dazu gratuliren, dass sie wenigstens, wenn sie geisteskrank werden, nach der amerikanischen Statistik eine viel bessere Prognose haben als die Männer, die nun mal nicht im glücklichen Besitz eines retroflektirten Uterus oder einer chronischen Parametritis sein können. Dagegen, dass ein Arzt einer Irrenanstalt gynäkologisch vorgebildet ist, ist selbstverständlich nicht das geringste einzuwenden; in erster Linie muss er aber Psychiater sein. Für viel nothwendiger als den Gynäkologen halte ich übrigens vorerst den Zahnarzt.

Trotz der Erfahrung der letzten Jahrzehnte und obwohl z. B. der Chirurg, der in der chirurgischen Behandlung Geisteskranker wohl die grösste Erfahrung hat und sicher nicht operationsscheu ist, Lucien Picqué, der chirurgien-en-chef der sämmtlichen Irrenanstalten des Seinedepartements, ausdrücklich vor der Operation Hysterischer warnt*), scheint der Satz Kraepelins**), dass die Messerfreudigkeit auf der ganzen Linie bedeutend nachgelassen habe, den thatsächlichen Verhältnissen leider nicht mehr ganz zu entsprechen.

*) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, XV, 1902. Referat von Haenel im Neurol. Centralblatt 1902, Nr. 14.

*) P. und Jules Dagonet: Chirurgie des aliénés Paris, 1901, Masson & Cie.

**) Psychiatrie, 1899.

Mittheilungen.

— Für den **IX. Internationalen Kongress gegen den Alkoholismus**, der vom 14.—19. April 1903 in Bremen tagt, ist das vorläufige Programm soeben festgestellt worden:

1. Alkoholismus und Tuberkulose. Ref.: Dr. Legrain, Paris.
2. Der Alkohol im Lebensprocess der Rasse. Referent: Dr. med. Alfr. Plötz.
3. Die moderne Kultur und der Kampf gegen den Alkoholismus. Referent: Dr. J. Bergman, Stockholm.
4. Der Alkohol als Genussmittel. Referenten: a) Prof. Fraenkel, Halle a. S.: Was ist der Missbrauch geistiger Getränke? b) Prof. Forel, Morges: Der Mensch und die Narcose.
5. Die Rolle des Alkohols im Budget der Kulturvölker. Referenten: a) Dr. H. Blocher, Basel: Im Arbeiterhaushalt. b) unbestimmt: im Staatshaushalt.
6. Die Entmündigung wegen Trunksucht. Referenten: a) Prof. Dr. jur. Endemann, Halle a. S. b) Prof. Dr. med. Cramer, Göttingen.
7. Die Gasthausreform. Referenten: a) Fitger, Gotenburg: Das Gotenburger System in Skandinavien. b) Bently, London: Die alkoholfreien Wirthschaften in England. c) Freiherr D. von Diergardt, Mojawola: Die Gasthausreform in England und Deutschland.
8. Alkoholismus und Bier. Referent: unbestimmt.
9. Vereinsthätigkeit. Referenten: a) Dr. von Strauss v. Torney, Senatspräsident, Berlin: Grundsätze und Erfahrungen des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke. b) Dr. med. Lidström, Upsala: Die Organisation der Abstinenzvereine.
10. Die Bekämpfung des Alkoholismus in der Marine. Referenten: unbestimmt.
11. Erziehung und Schule im Kampf gegen den Alkoholismus. Referent: Ant. Don, Rotterdam.
12. Aufgaben der Frau im Kampfe gegen den Alkoholismus. Referenten: a) Lady Henry Somerset, London oder Lady Battersea, London.

Auf dem letzten Kongress gegen den Alkoholismus in Wien 1901 war die österreichische Psychiatrie stark vertreten. Auch die Betheiligung reichsdeutscher Psychiater wird diesmal voraussichtlich eine ganz besonders rege sein. Freilich wird das nächste Frühjahr gar viele tüchtige Kongresskräfte, die lauten wie die stummen, nach dem Süden, nach Madrid ziehen, wo vom 23.—30. April 1903 der **internationale medizinische Kongress** tagt. Das „deutsche Reichs-Comité" forderte bereits in seinem Aufrufe die deutschen Collegen zu reger Theilnahme auf. Vorträge sind bei dem Schriftführer Prof. Dr. Posner, Berlin, S. W. Anhaltsstrasse 7 oder bei Dr. A. Fernandez Caro, Madrid, Faculté de Médecine, anzumelden. Auskünfte materieller Natur ertheilt Carl Stangen's Reise-Bureau, Berlin W., Friedrichstr. 72, das als officielles Verkehrs- und Auskunftsbureau des deutschen Reichscomités fungirt. Eine Reihe französischer Bahnen, die spanische Nordbahn und mehrere italienische Dampfschiffgesellschaften stellten bereits 50% Ermässigung der Fahrpreise in Aussicht.

— **Oberbayerische Kreisirrenanstalten.** Im Landrath von Oberbayern kam eine vom Landrath Glöckle eingebrachte Interpellation an die Kreisregierung über die Gesundheitsverhältnisse, beziehungsweise vorgekommenen Typhusfälle in der Irrenanstalt Gabersee zur Besprechung. Landrath v. Brunner constatirt, dass die vorgekommenen Typhusfälle in der Hauptsache auf die schlechte Qualität des Wassers zurückzuführen seien. Der Landrathsausschuss, der die Kreisregierung von den Vorkommnissen in Gabersee rechtzeitig in Kenntniss setzte, habe sich mit der Sache gründlich beschäftigt, und die Verbesserung der Wasserverhältnisse angebahnt; irgend ein Grund zu Vertuschungen liege nicht vor. Regierungsrath Hausladen constatirt in Beantwortung der Interpellation, dass zur Bekämpfung der Typhuskalamität in Gabersee alles geschehen sei, und geschehen werde, was nach dem Gutachten der Aerzte als sachdienlich erscheine. Landrath Glöckle erklärt, er halte seine Interpellation für ausreichend beantwortet und spricht die Hoffnung aus, dass die Projecte für Besserung der sanitären Verhältnisse in Gabersee bald zur Ausführung gelangen. Landrath Endres spricht den Wunsch aus, es möge die für die Irrenanstalt Eglfing genehmigte Summe von 7 000 000 Mark nicht überschritten werden. Der Bau sollte möglichst beschleunigt werden, damit die Ueberführung der Kranken aus der Münchener Anstalt baldigst erfolgen und der Verkauf der letzteren stattfinden könne. Regierungsrath Hausladen theilt mit, es sei in Aussicht genommen, dass der Bau Ende 1904 vollendet sein werde, sodass zu Anfang 1905 die Anstalt Eglfing bezogen werden kann. Eventuell könnte eine theilweise Ueberführung der Kranken nach Eglfing schon im Mai 1904 stattfinden.

(Fränk. Ztg.)

— **Die neue westphälische Provinzial-Irrenanstalt** kommt mit dem eigentlichen Anstaltsgebäude auf Suttroper, mit den Wirthschaftsgebäuden auf Warsteiner Gebiet zu liegen. Da nach dem Pavillonsystem gebaut wird, so werden ungefähr dreissig Gebäude erforderlich sein, zu deren Errichtung u. a. 25 Millionen Stück Ziegelsteine zur Verwendung kommen. Der eigentliche Bau wird erst im Frühjahr 1903 beginnen, doch soll mit den Planirungs- und sonstigen Arbeiten schon recht bald der Anfang gemacht werden.

— **Camberg.** Es soll hier eine 3. Irrenanstalt für den Reg.-Bez. Wiesbaden errichtet werden.

— **Breslau.** Die mustergiltigen neuen Universitätskliniken ergänzend, erbaut der Staat in der verlängerten Auenstr. in Breslau eine staatliche Irrenanstalt.

— Fürsorge für die Geisteskranken in **Hessen.** Das Kuratorium des Hilfsv. für die Geisteskranken in

Hessen bringt in seinem letzten Jahresbericht (1901/02) zur allgemeinen Kenntnis, dass der Hilfsverein neben der ihm obliegenden Fürsorge für die Geisteskranken von nun an auch für gering bemittelte und unbemittelte Nervöse (Neurastheniker, Hysterische, Hypochonder u. s. w.) und für geistesgesunde erwachsene Epileptische helfend eintreten will, und zwar in der Weise, dass er das im einzelnen Fall angezeigte Kurverfahren ermöglicht und die hierzu erforderlichen Geldmittel zur Verfügung stellt. Während dem wohlhabenden Nervenleidenden die erforderlichen Heilmittel überall und im reichsten Maasse geboten sind, und während die Invalidenversicherungs-Anstalt Grossherzogthum Hessen den nervös erschöpften versicherungspflichtigen Arbeiter dem Sanatorium in Lindenfels zuführt und auf Grund der seither erzielten günstigen Erfolge sich entschlossen hat, gerade diesen Kranken fortan eine ganz besondere Fürsorge zu theil werden zu lassen, fehlt alle und jede sachgemässe Hilfe jenen zahlreichen gering bemittelten und unbemittelten Nervösen, für die keine Krankenkasse, keine Berufsgenossenschaft, keine Invalidenversicherungs-Anstalt eintritt, also den bedürftigen Nervösen des sogenannten Mittelstandes und der gebildeten Stände, dem mittleren und niederen Beamten, dem Lehrer, dem kleinen Kaufmann und Handwerker, kurz allen denen, die nur zu oft ihre Kräfte in den Anstrengungen des Berufes und in quälender Sorge um ihre Familie aufreiben und, immer das drohende Elend vor Augen, im Kampfe um die Existenz sich verbluten, bis sie zuletzt in bitterer Not, nicht selten durch eigene Hand oder in unheilbarer Geistesstörung, ihr Leben beschliessen, einzig und allein deshalb, weil sie ausser Stande waren, die zu ihrer Erholung und Wiederherstellung erforderlichen Geldmittel zu erschwingen. Der Hilfsverein für die Geisteskranken, der seinen Sitz in Heppenheim und Hofheim hat, will die Anregung dazu geben, dass dieser schreiende sociale Missstand verschwindet. Das Kuratorium des Vereins hat versuchsweise und für das Jahr 1902/03 den Verwaltungen der drei Kassen des Vereins zu dem angegebenen Zweck einen Credit von zusammen 9000 Mk. eröffnet. Vorerst sollen und können nur solche wirthschaftlich bedürftige Nervenleidende Berücksichtigung finden, die nach ärztlichem Ermessen als heilbar oder doch in erheblichem Grade besserungsfähig erscheinen. Der Verein, der, wie bekannt, auch die Angehörigen von der Anstalt übergebenen Geisteskranken und geheilte, resp. wieder entlassene Geisteskranke aus seinen Mitteln unterstützt und in dieser Hinsicht schon viel Gutes gethan hat, ist nun auf die ausgiebige Betheiligung der privaten Wohlthätigkeit angewiesen, falls die edlen Bemühungen, denen er dient, von schönen Erfolgen gekrönt sein sollen. Durch seine Vertrauensmänner, die er fast in allen Gemeinden des Landes hat, sucht er vor allem dazu beizutragen, dass die Irrenanstalten Heppenheim und Hofheim in ihren Einrichtungen und ihrem Betrieb der Wahrnehmung und der Kenntnissnahme des Volkes immer näher gebracht werden. Zu diesem Zwecke fand am 20. v. Mts. in der Irrenanstalt zu Heppenheim eine Konferenz der Verwaltung des Hilfsvereins mit 12 Vertrauensmännern der Provinz Starkenburg statt, bei welcher Herr Oberarzt Dr. Kratz einen sehr lehrreichen Vortrag über das äussere und innere Leben der Anstalt zu Heppenheim hielt, welche gegenwärtig etwa 500 Geisteskranke beherbergt. Hierauf fand unter Führung der Herren Aerzte Dr. Bieberbach und Dr. Kratz eine Besichtigung der Irrenanstalt in allen ihren Theilen statt, wobei die Vertrauensmänner reichlich Gelegenheit hatten, sich von der vorzüglichen Verwaltung der Anstalt und der guten Verpflegung der Kranken, die sich dort fast alle wohler fühlen als anderswo, zu überzeugen.

— Die Processkosten bei einer Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Wer hat bei Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit die Processkosten zu tragen? Jüngst hat das Landgericht II Berlin die Ehe der Parteien wegen Geisteskrankheit des Beklagten getrennt und die Kosten des Verfahrens dem gesunden Kläger auferlegt. Die Entscheidung wegen der Kostentragung giebt, wie Dr. jur. Fritz Poech in der „Deutschen Juristenztg." schreibt, Anlass zu Bedenken. Die Scheidung der Ehe erfolgt auch im Falle von Geisteskrankheit nur auf Grund richterlichen Urtheils. Doch entbehrt das die Scheidung aussprechende Erkenntniss, entgegen der allgemeinen Regel, der Schuldfeststellung selbst dann, wenn die Geisteskrankheit durch Verschulden eines der Ehegatten, z. B. durch übermässigen Genuss von Alkohol oder von anderen Giften herbeigeführt worden ist. Der die Scheidung veranlassende Ehegatte wird aber in Ansehung des Unterhaltsanspruches und der Theilung des gütergemeinschaftlichen Gesamtgutes wie ein allein für schuldig erklärter Ehegatte behandelt. Es wird behauptet, von einem „Unterliegen" der geisteskranken Partei im Scheidungsprocesse könne nicht die Rede sein; es müsse daher auch § 91 Z.-P.-O. ausser Betracht bleiben. Der Kläger, welcher die Fesseln der Ehe mit einer geisteskranken Person abstreife, thue dies nur zu seinem Gunsten, deshalb müsse er auch die Kosten des Verfahrens tragen. Dieser Einwand erscheint nicht stichhaltig. Da jede Scheidung einen Rechtsstreit zur Voraussetzung hat, ein solcher aber, wenn es zum Urtheil kommt, mit einem, wenn auch nur theilweisen Siege einer Partei und einer Niederlage der anderen endigt, so muss stets ein Unterliegender vorhanden sein. Auf alle Fälle ist dies nicht der mit seinem Begehren durchdringende Kläger, folglich also der andere Ehegatte. Dem oben angeführten Urtheile kann daher nicht beigestimmt werden, sondern es hat bei Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit der unterliegende kranke Ehegatte die Kosten des Verfahrens zu tragen.

— **Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit** schreibt die Köln. Zeitung vom 1. XI.: Das Schwurgericht zu Oldenburg hat den Mörder des Oberamtsrichters Becker zu 12 Jahren Zuchthaus verurtheilt, trotzdem einer der ärztlichen Sachverständigen, Dr. Engelken, in dessen Heilanstalt der Angeklagte sich im Jahre 1897 befunden hatte, den Angeklagten für unheilbar geisteskrank erklärt hatte. Es ist sehr wahrscheinlich, dass im Anschluss an diesen Vorgang von neuem die auf dem letzten Aerztetag besprochene Frage der Stellung des ärztlichen Sachverständigen

zum Richter erörtert werden wird. Dabei muss aber von vornherein festgestellt werden, dass sämmtliche übrigen vernommenen Sachverständigen, die den Angeklagten zum Theil schon seit Jahren kannten, sich für die Bejahung der Frage der Zurechnungsfähigkeit ausgesprochen haben, und dass einer von ihnen, der Leiter einer Irrenanstalt, Obermedicinalrath Dr. Hemkels, nach dieser Richtung sein Gutachten in der mündlichen Hauptverhandlung abgeändert hat. Also selbst wenn, wie vielfach von ärztlicher Seite gefordert wird, die Frage der Zurechnungsfähigkeit nicht mehr vom Gerichte, sondern von einem Collegium ärztlicher Sachverständiger entschieden werden würde, so würde sie im vorliegenden Falle schwerlich anders entschieden worden sein. Trotzdem hat diese Gerichtsverhandlung wieder einmal so recht deutlich die Aufmerksamkeit auf eine Lücke unseres Strafgesetzbuchs gelenkt, deren Beseitigung den Streit zwischen Juristen und Aerzten über die Zurechnungsfähigkeit vielleicht ganz beseitigen, jedenfalls erheblich mildern würde. Denn wenn auch die meisten Sachverständigen es für ausgeschlossen erklärten, dass der Angeklagte geisteskrank sei, und in einem Zustande von Bewusstlosigkeit gehandelt habe, so haben sie doch alle ausgesagt, dass bei dem Angeklagten ein Zustand hochgradiger Erregung vorgelegen habe, der einer gewissen geistigen Abnormität entsprungen sei — und eine Trübung des Geisteszustandes im Gefolge gehabt habe. Daher haben alle ärztlichen Sachverständigen sich dahin ausgesprochen, dass die That eine gewisse mildere Beurtheilung erheische. Daraus folgt, dass nach der Ansicht aller ärztlichen Sachverständigen bei dem Angeklagten derjenige Zustand vorlag, den einzelne moderne Strafgesetzbücher, vor allem das italienische, als einen Zustand „geminderter Zurechnungsfähigkeit" ausdrücklich anerkennen und bei dessen Vorliegen das Gesetz in einem bestimmtern, mildern Strafverfahren anzuwenden ist. Unser Strafrecht kennt den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit nicht, trotzdem schon wiederholt von juristischer wie ärztlicher Seite auf seine Anerkennung gedrungen worden ist. Der soeben in Oldenburg abgeurtheilte Fall ist ein sozusagen klassischer Fall für den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Der Angeklagte ist geistig nicht ganz normal, aber nicht derartig abnorm, dass seine geistige Willensfreiheit gänzlich ausgeschlossen wäre. Auch dem Rechtsbewusstsein der Bevölkerung würde die Einführung dieses Begriffs durchaus entsprechen. Denn nach der jetzigen Lage wird einerseits mancher Angeklagte ganz freigesprochen, trotzdem er nicht unzurechnungsfähig, sondern nur gemindert zurechnungsfähig ist. Anderseits tragen die Gerichte diesem Zustande häufig nicht so sehr Rechnung, wie es mit Rücksicht auf die Minderung der Zurechnungsfähigkeit geschehen muss, und verhängen sie oft zu schwere Strafen, da ihnen eine besondere Grenze für die Fälle der geminderten Zurechnungsfähigkeit hinsichtlich des Strafmaasses nicht gegeben ist. Wenn die geminderte Zurechnungsfähigkeit erst gesetzlich anerkannt ist, dann werden sich die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen vermuthlich nicht mehr so schroff gegenüberstehen, wie es heute in so vielen Fällen geschieht. Denn dann ist eben zwischen der Bejahung und Verneinung der Frage der Zurechnungsfähigkeit eine gewisse Vermittlung hergestellt, auf die sich die Sachverständigen oft einigen werden. Freilich wird es dann auch noch Fälle geben, in denen der eine Sachverständige eine Unzurechnungsfähigkeit, der andere bloss eine geminderte Zurechnungsfähigkeit erblickt. Aber das wird bleiben, solange wir überhaupt die Willensfreiheit als Grund von Schuld und Strafe ansehen. —

Ueber dasselbe Thema äusserte sich Director Dr. Delbrück, bei der diesjährigen Sitzung der criminalistischen Vereinigung in Bremen Dr. Delbrück betonte, dass es eine Menge Uebergänge zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit giebt, die sich weder mit der „Zurechnungsfähigkeit" noch mit der „Unzurechnungsfähigkeit" decken; sie sollten vielmehr Berücksichtigung im Gesetz finden in einer Zwischenstufe einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit". Eine solche findet sich in vielen ausserdeutschen und älteren deutschen Landesgesetzgebungen. Für das Reichsstrafgesetzbuch wird sie seit lange von den Irrenärzten gefordert. Die Frage sollte aber jetzt verknüpft werden mit den verschiedenen Projecten zur Versorgung der gemeingefährlichen vermindert Zurechnungsfähigen. Solche Projecte sind die Anstalten für geisteskranke Verbrecher, für Minderwerthige, für unheilbare Alkoholiker, (die von den Trinkerheilanstalten zu trennen sind) und die „Strafabsonderungshäuser". An Hand verschiedener Beispiele führt Ref. aus, dass alle dieser Projecte im Grunde auf dasselbe hinauslaufen. Man sollte sich über Character und Organisation diese Zwischenanstalten verständigen; dann würde man sich eher über die verminderte Zurechnungsfähigkeit einigen. Namentlich würden die Juristen einer derartigen Behandlung des Problems mehr Entgegenkommen beweisen. Nöthig wäre ein Meinungsaustausch zwischen Juristen und Irrenärzten, Theoretikern und Practikern. Die berufene Organisation hierfür wäre deshalb gerade die internationale criminalistische Vereinigung, die sich aus Vertretern der verschiedenen Berufsarten zusammensetzt.

— Die grosse Königlich Sächsische Landes-Heil- und Pflege-Anstalt für Epileptische in **Hochweitzschen**, deren Direktion bisher aus einem Verwaltungsbeamten, dem 1. Anstaltsarzte und dem Anstaltspfarrer gebildet wurde, ist am 1. Oktober d. J. unter ärztliche Direction (Medicinalrath Dr. Böhme) gestellt worden. Man muss es lobend hervorheben, dass die Kgl. Sächs. Regierung diese Aenderung vorgenommen hat und in der Auffassung, dass eine solche Anstalt unter eine einheitliche ärztliche Leitung gehört, mit gutem Beispiel vorangeht, angesichts des in letzter Zeit wieder mehr sich breit machenden genossenschaftlichen Unternehmerthums, bei welchem die Vertretung des genossenschaftlichen Pflegepersonals und somit gewissermassen dieses selbst Herr in der Anstalt ist, anstatt des Arztes, der also eigentlich Beamter des Pflegepersonals ist! Welchen Respect man in gewissen Kreisen vor solchen Genossenschaften haben mag, kann man daraus schliessen, dass eine Regierungs-Besuchscommission bei der

Revision einer Anstalt, in der neben genossenschaftlichem Personal auch weltliches angestellt ist, die Vorlegung der Personalacten des nichtgenossenschaftlichen Pflegepersonals verlangte, von der Einsicht in diejenigen des genossenschaftlichen jedoch Abstand nahm, was natürlich nicht das richtige Verfahren ist.

— **33. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Stuttgart** am 1. und 2. November 1902. Die Versammlung, welche 100 Theilnehmer aus ganz Südwestdeutschland zählte, war die bestbesuchte, welche der Verein je abgehalten hat. Das „Med. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins" hatte sich mit einer psychiatrischen Nr. (vom 1. Novbr. 1902) eingestellt, an deren Spitze ein kurzer, aber herzlicher Gruss die Gäste in Stuttgart bewillkommnete und die Aufsätze von Med.-Rath Kreuser: Geschichtlicher Ueberblick über die Entwicklung des Irrenwesens in Würtemberg, von Med.-Rath Dietz: der heutige Stand der Irrenfürsorge in Württemberg und die neue Irrenanstalt Weinsberg, San.-Rath Wildermuth: die Fürsorge für Idioten und Epileptische in Württemberg, Dr. Wiedenmann: die Privat-Irrenanstalt Rottenmünster bei Rottweil (mit 1 Abb. und 6 Plänen),



Geh. Obermedicinalrath Dr. v. Zeller.

San.-Rath Fauser: die Irrenabtheilung des Bürgerhospitals in Stuttgart (mit 2 Abbildungen), einen Nekrolog Zellers, mit dem Bildniss des Verstorbenen, Mittheilungen und schliesslich das nicht weniger als 22 Vorträge aufweisende Programm brachte. Sanitätsrath Dr. Wildermuth-Stuttgart begrüsste die Erschienenen, worauf Prof. Dr. Fürstner-Strassburg mit der Leitung der Verhandlungen betraut wurde. Dieser gedachte zunächst des verewigten Obermedicinalraths Dr. v. Zeller, zu dessen Ehrung sich die Anwesenden von ihren Sitzen erhoben, und verlas sodann ein Begrüssungsschreiben des Oberbürgermeisters Gauss.

Die Reihe der Vorträge wurde eröffnet durch San.-Rath Dr. Wildermuth und Dr. Neumann, die im Auftrag der Versammlung ein Referat und Korreferat über die Gründung von Volksheilstätten für unbemittelte Nervenkranke zu erstatten hatten.

Wildermuth besprach die allgemeinen Gesichtspunkte, die bei dieser Frage in Betracht kommen:

Bei der Umgrenzung der Krankheitsformen, die sich zur Aufnahme eignen, hat man sich zunächst an die Erfahrungen zu halten, die man in den bisherigen offenen Nervensanatorien gemacht hat.

Eng ist die Grenze zu zeichnen gegen die Psychosen. Die Hoffnung die Walter und O. Müller im Anfang der 70er Jahre ausgesprochen haben, in den offenen Anstalten leicht zugängliche Asyle für initiale und leichte Formen zu erhalten, hat sich nicht bewährt, man hat dort mit den „Leichtverstimmten" recht üble Erfahrungen gemacht.

In Betracht können für die geplanten Anstalten von psychischen Störungen kommen:

Leichtere Formen von psychischer Schwäche und von Zwangsvorstellungen, insbesonders die grosse Gruppe der jugendlichen Degenerirten. Die „enfants perdus neuropathiques", deren klinische Stellung verschieden ist, die aber das Gemeinsame haben, moralisch und intellektuell defekt und unfähig zu sein, sich selbst einen Beruf zu schaffen. Die Aufnahme reconvalescenter Geisteskranker ist nicht von vornherein abzulehnen. Am besten wird die Entscheidung über die Aufnahme von Psychosen nach der Formulirung Heckers entschieden: die Kranken müssen freiwillig, mit dem Wunsch sich ärztlich behandeln zu lassen eintreten, sie müssen Krankheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht haben, sie müssen Herr ihrer Handlung und im Stande sein, den ärztlichen Anordnungen zu folgen, sie sollen keiner besonderen Ueberwachung bedürfen, ihrer Umgebung nicht als abnorm auffallen oder lästig werden.

Auszuschliessen sind irgendwie ausgesprochene epileptische Zustände (Ref. bezeichnet es als ein Missverständniss, dass er mehrmals als ein Vertreter der Ansicht citirt wurde, Epileptische und Nervenkranke, wie sie hier in Betracht kommen, gemeinsam verpflegen zu können).

Fällen von organischen Erkrankungen des Nervensystems soll auch, wenn sie unheilbar sind, aus humanen Gründen wenigstens vorübergehend Aufnahme gewährt werden. In Betracht kommen: Tabes, multiple Sclerose, Myelitiden, Neuritiden und ihre Folgezustände und ähnliche Zustände.

Das Hauptcontingent werden natürlich die sog. functionellen Neurosen: Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie stellen; Unfallneurosen, die in jeder Krankenanstalt Unheil anrichten, sind, soweit thunlich, auszuschliessen, jedenfalls nur in kleiner Zahl und vorübergehend aufzunehmen.

Alcoholisten in leichterer Form können aufgenommen werden. Potatoren im Stadium der Entziehung und notorische Säufer nicht. Die Anstalt darf nicht den Charakter einer Trinkerheilstätte bekommen. Ausserdem sollen Erholungsbedürftige verschiedener Art, Anämische, Chlorotische, Reconvalescenten, leichte Fälle von Herzkrankheiten aufgenommen werden können. Diese Art Kranker, wie die organisch Nervenleidenden würden die ärztliche Arbeit interessanter und dankbarer machen.

Die Einrichtung und der Betrieb der Anstalt wäre im Wesentlichen nach den von Möbius erstmals scharf präcisirten, in neuester Zeit von Eschle entwickelten Grundsätzen als Arbeitsanatorium einzurichten. Dabei dürfen die Einwände, wie sie namentlich Rieger gegen die Verwendung der Arbeit als hauptsächliches Heilmittel ausgesprochen hat, nicht unberücksichtigt bleiben: Ein grosser Theil der Nervenkranken, die die jetzt bestehenden offenen Anstalten aufsuchen, ist in erster Linie ruhebedürftig. Körperliche Beschäftigung kann gelegentlich, namentlich als Uebergang ins Berufsleben in Betracht kommen. Derartige Pat. werden auch in billigen Anstalten nicht lange bleiben, um nicht in ihrer Berufstellung Schaden zu leiden. Für einen grossen Theil von ihnen ist ein mehrere Monate übersteigender zusammenhängender Anstaltsaufenthalt gar nicht wünschenswerth. Immerhin wird sich unter den Hysterischen und Hypochondern eine grössere Anzahl finden, die sich zur Arbeit eignet. Ob es möglich sein werde, solche Kranke auf die Dauer zu einem nützlichen Berufsleben auch ausserhalb der Anstalt zu erziehen, muss die Erfahrung zeigen. Ein wesentliches Contingent zu den Arbeitskräften, zum Theil wohl zum Stamm der Arbeiter, werden die jugendlichen Degenerirten stellen (Grohmann).

Der ökonom. Werth der von den Kranken geleisteten Arbeit muss im Budget der Volksheilstätten recht nieder angeschlagen werden. Vielfach wird bei dieser Frage übersehen, dass ernsthaft betriebene landwirthschaftliche Arbeit sehr schwere Arbeit ist, an die sich der Erwachsene, der sie nicht von Jugend auf getrieben hat, nur schwer gewöhnt. Praktisch dürfte man nicht selten auf direkte Arbeitsverweigerung des Patienten namentlich aus ungebildeten Kreisen stossen.

Trotz einzelner Bedenken ist der Gedanke von Möbius richtig. Der Kern der neuen Heilstätten muss ein Arbeitsanatorium sein. Daraus ergeben sich die Hauptzüge der neuen Anstalten von selbst:

Im Mittelpunkt landwirthschaftlicher Betrieb, daran sich anschliessend Werkstätten verschiedener Art, ferner Abtheilungen für Pflegebedürftige. Einfache, alkoholfreie Verpflegung, ärztliche Direktion mit den nöthigen Einrichtungen für hydropathische, mechanische, elektrische Behandlung.

Getrennte Anstalten für männliche und weibliche Kranke wären wünschenswerth, praktisch lässt es sich aber nicht durchführen.

Können die Volksheilstätten im Anschluss an schon bestehende Institute errichtet werden?

Der Anschluss an Irren-Anstalten ist abzulehnen. Bei den im Publikum herrschenden Ansichten ist ein solcher Anschluss nicht möglich. Ref. weist dies in einem in dieser Richtung gemachten Versuch nach, der gänzlich misslungen ist.

Es wäre aber nothwendig und wünschenswerth, dass gleichzeitig mit der Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke, für leichte und initiale Formen und Psychosen, die sich weder für offene noch für geschlossene Anstalten, wie sie jetzt bestehen, eignen, gesorgt würde in der Weise, wie das Ludwig früher, in jüngster Zeit Schüle ausgeführt hat. Diese Art der Fürsorge hat von den Irrenanstalten auszugehen.

Auch die Erholungsheime der Krankenkassen und Versicherungs-Anstalten, die Universitätskliniken und Spitäler anderer Art sind für den vorliegenden Zweck nicht geeignet. Es muss etwas Neues, Selbständiges geschaffen werden.

Wer soll diese Anstalten errichten!

Ref. hält in Württemberg wenigstens eine Gründung durch den Staat für ausgeschlossen, auch die Versicherungs-Anstalten und Berufsgenossenschaften werden sich an der Gründung nicht wesentlich betheiligen.

Unterstützung seitens des Staates und der genannten Organisationen ist wohl nicht ausgeschlossen. Würde man in diese Anstalten reconvalescente Geisteskranke aufnehmen, so wäre auch von den entsprechenden Hilfsvereinen Unterstützung zu erwarten.

Im Wesentlichen wird man bei dem Unternehmen auf die Privatwohlthätigkeit angewiesen sein.

Um eine Zersplitterung zu vermeiden, stellt W. den Antrag, sich in Südwestdeutschland an das Unternehmen anzuschliessen, das Möbius in die Wege geleitet hat. Möbius will, wie bekannt, im Verein mit Schweizer Aerzten ein Arbeitsanatorium im Thurgau errichten.

Als Namen für die Anstalten schlägt W.: „Volksheilstätten" vor.

Das Correferat von Dr. Neumann (Karlsruhe) wird demnächst als Original in dieser Zeitschrift erscheinen.

Nach ausführlicher Erörterung des Gehörten gelangte eine Resolution zur Annahme, in welcher die Errichtung von Volksheilstätten als wünschenswerth bezeichnet wird. Ferner wurde eine Commission gewählt, deren Aufgabe es ist, diese Angelegenheit zu fördern und nach Verlauf von zwei Jahren dem Verein Bericht über ihre Arbeit zu erstatten. —

Dr. Smith von Marbach a. Bodensee sprach über das Thema: Haben wir besondere Anstalten zur Behandlung des Alkoholismus nothwendig oder gehört diese Behandlung mit zu den Aufgaben der Nervenheil- und Pflegeanstalten? Redner rügt die moraltheologische Auffassung des Alkoholismus, die sich noch in ärztlichen Kreisen durch die Bezeichnungen „Säufer" kennzeichnet, und warnt vor der Gründung von „Trinkerheilanstalten". Es würde durch diese Bezeichnung von vornherein

den Insassen eine sociale Schädigung zugefügt. Nervöse, herzkranke „Trinker“ gehören in Heilanstalten für Herz- und Nervenkranke, die Degenerirten, die meist auch in der Abstinenz mit ihren Trinkleistungen zu renommiren pflegen, können einstweilen in abstinent geführten Pflegeanstalten untergebracht werden. Der Staat sollte nach dem Vorgang der Schweiz einen Theil der durch den Alkoholismus gewonnenen Steuereingänge zur Bekämpfung des Alkoholismus verwenden.

(Schluss folgt.)

Referate.

— Die Bedeutung der Vererbung für die Pathologie. Von Dr. Dietrich, Priv.-Doc. u. I. Ass. a. path. Institut Tübingen. Verlag von Franz Pietzker, Tübingen 1902. Pr. 1 M.

Nach Besprechung der wichtigsten über Vererbung aufgestellten Theorien schliesst sich Verf. Weissmanns Lehre von der Continuität des Krimplasmas an, aus welcher der zwingende Schluss folgt, dass erworbene Eigenschaften nicht vererbt werden können. Die Beweise der Gegner Weissmanns werden widerlegt und das Auftreten vererbbarer Eigenschaften oder pathologischer Veränderungen erklärt durch die Variabilität des Keimplasmas, die Amphimixis und die Panmixie.

Von der echten Vererbung im Sinne Weissmanns sind zu trennen die Vererbung erworbener Immunität und die erbliche Uebertragung von Infectionskrankheiten. Erstere geschieht auf placentarem Wege (Pseudoheredität), letztere durch die Placenta oder von den Keimzellen direkt (conceptionelle oder germinative Infection). Speciell in Betreff der Tuberculose vertritt Verf. die von der herrschenden Meinung abweichende Ansicht, dass an Stelle des vagen Begriffs einer erblichen Disposition, welche unter eine echte Vererbung fallen würde, die congenitale Infection zu setzen ist.

— Ueber die Behandlung der Geisteskranken. Von C. Pelman-Bonn. Das acute hallucinatorische Irresein (Amentia). Von A. Hoche-Strassburg i. E. Ueber Dementia praecox. Von A. Hoche-Strassburg i. E.

Obige 3 Abhandlungen bilden in dem von Urban & Schwarzenberg verlegten, grossen Werke „die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts in academischen Vorlesungen“ die 45. Lieferung. Wie nicht anders zu erwarten, sind aus der Feder der beiden rühmlichst bekannten Autoren Arbeiten hervorgegangen, die sich durch grosse Klarheit, gewandte Diction und fesselnde Schilderung auszeichnen.

Aus der ersten Vorlesung verdient Erwähnung, dass Verf. den Alkohol nur aus der Behandlung der Neurastheniker und aus der Kinderpraxis ganz entfernt haben will, dagegen bei Psychosen, namentlich acuten, sehr empfiehlt. In der zweiten Vorlesung wird betont, dass auch für die etwa nur stunden- oder tagelang andauernden Remissionen, sowie für die dem Ausbruch des acuten Zustandes unmittelbar vorausgehende Zeit die Voraussetzungen des § 51 erfüllt sind. In der dritten Vorlesung wird am Schluss noch besonders auf die Wichtigkeit der Kenntniss der Dementia praecox für die Militär- und Gerichtsärzte hingewiesen. Arnemann-Gross-Schweidnitz.

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie und Verwandtes. 3. Quartal 1902.

Von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

(Schluss.)

Fioretti: Genio e follia. Napoli 1902.

Gurli: Le nostre carceri e i nostri riformatori. Proposta di urgenti riforme al Regolamento carcerario.

Cavani: Se esista un mancinismo vasomotorio. Bolletino della Società medica chirurg. di Modena 1901.

Niceforo: La sociologie criminelle. Leçon faite à l'Université de Lausanne. Lausanne 1902.

Paulucci de' Calboli: La tratta delle ragazze italiane. Nuova Antologia, aprile 1902.

Sergi: Intorno al fenomeno geniale. Rivista popolare, 1902.

Squillace: Le dottrine sociologiche. Roma 1902.

Sainton: Un cas d'eunuchisme familial. Nouuelle Iconographie de la Salpetrière, 1902, Nr. 3.

Millaut: Castration criminelle et maniaque (étude historique et médicolégale). Thèse de Paris, 1902.

Larnelle: Hémimélie et dégénérescence mentale. Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1902, Nr. 105.

Moraes: La teoria Lombrosiana del delinquente. Archivio de Criminalogia, 1902, Nr. 6.

Ingegnieros: Las teorias de Lombroso ante la critica. Ibidem.

Pasenti: La caratteristica de la criminalidad moderna. Ibidem.

Breard: Homicidio en legitima defensa. Ibidem.

Veyga: Invertido sexual imitando la mujer honeta. Ibidem.

Sofer: Ueber Vermischung und Entmischung der Rassen. Politisch-anthropol. Revue, 1902, Nr. 6.

Lombroso: Puberty and genius (Fortsetzung). The Alienist and Neurologist, 1902, Bd. 23, Nr. 3.

Spitzka: A question of figures (Fortsetzung). Ibidem.

Kirnan: Dipsomania ending in paranoia. Ibidem.

Hughes: A neuro-psychologist's plea for Byron. Ibidem.

Müller, Josef: Das sexuelle Leben der Naturvölker. 2. Aufl., Leipzig 1902, Grieben (Fernau). 71 S.

Müller, Josef: Das sexuelle Leben der alten Culturvölker. Leipzig 1902, Grieben (Fernau). 143 S.

Botti: La delinquenza femminile à Napoli. Rivista mensile di psich. for. etc., 1902, Nr. 8.

Saporito: Sulla delinquenza militare (Fortsetzung). Ibidem.

Moll: Sexuelle Zwischenstufen. Die Zukunft, 1902, Nr. 50.

Binet-Sanglé: Les religieuses de Port-Royal (suite). Arch. d'anthropologie criminelle etc., 1902, p. 517.

Locard: Le XVII. siècle médico-judiciaire. Thèse de Lyon, 1902.

Paola Lombroso: I segni rivelatori della personalità. Torino, Bocca, 1902.
Marotta: L'amore e la gelosia nei sessi. Asti 1900.
Albertotti e Bellini: Nuove note antropologiche e cliniche intorno all' idiota microcefalo. E. Egidio etc. Annali di freniatria etc. 1902, p. 274.

Personalnachrichten.

— Der Direktor der städtischen Krankenanstalt in Königsberg, Professor Dr. med. Franz Meschede, ist in seiner Eigenschaft als Direktor der städtischen Krankenanstalt beim Magistrat um seine Pensionirung eingekommen. Meschede, welcher im Jahre 1873 als Direktor der genannten Anstalt nach Königsberg berufen wurde, wird im nächsten Jahre eine dreissigjährige Dienstzeit vollenden. — Der Professor der Psychiatrie an der Leipziger Universität, Dr. Paul Flechsig, wurde aus Anlass des hundertjährigen Bestehens der Universität Dorpat zum Ehrenmitglied dieser Universität ernannt.

Erwiderung nebst einigen anderen nachträglichen Bemerkungen.

Die Angabe, dass in dem Frauenhause zu Wormditt zunächst auch Männer aufgenommen werden sollten, war den Verhandlungen des letzten Ostpreussischen Provincial-Landtags entnommen worden, die Absicht muss also bestanden haben. Was die in Anmerkung gesetzte Berichtigung zu meinen Ausführungen in Nr. 34 bezüglich der Vorbildung des Wormditter Arztes betrifft, so bedaure ich, von derselben nicht früher Kenntniss erhalten zu haben; es hätte dann der Schein vermieden werden können, als wollte ich die Persönlichkeit des betr. Collegen, dessen Namen ich nicht in die Debatte gezogen habe, kritisiren, während sich meine Ausführungen nur gegen das System richten. — Ich überlasse es der Beurtheilung der Fachcollegen, welches Maass der Vorbildung sie für die Einrichtung und Leitung einer Epileptiker-Anstalt für nöthig erachten. Die preuss. Ministerial-Anweisung vom 26. März 1901 schreibt vor: „In der Regel ist für die Leitung einer grösseren oder einer heilbare Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Thätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestande und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschliesslich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden.“ Welche Vorbildung für die Einrichtung einer solchen Anstalt nöthig ist, darüber schreibt die Verfügung nichts. Jedenfalls würde eine 2jährige Anstaltsthätigkeit nirgends als einigermaassen ausreichend für die Einrichtung und Leitung einer öffentlichen Anstalt erachtet werden. Und wenn die ostpreuss. Prov.-Verwaltung für ihre Epileptiker eine eigene Anstalt gebaut hätte — was wohl alle provincialbeamteten Aerzte und gewiss auch die andern Prov.-Verwaltungen für das Richtige halten — so hätte sie, entweder aus dem eignen Bereich oder demjenigen anderer öffentlicher Verwaltungen, Aerzte anstellen können, die 6, 8 Jahre und noch länger dem Staate treu gedient haben und bei praktischer und wissenschaftlicher Erprobtheit und Erfahrung als Oberärzte oder selbst noch als Assistenzärzte auf eine selbständige Stellung warten.

Dies trifft übrigens mutatis mutandis auch für die übrigen Anstaltsbeamten der Provinz Ostpreussen zu.

Zum Schluss will ich noch bezüglich der Trinkeranstalt zu Carlshof auf Wunsch des Leiters derselben, des Herrn Pfarrer Dembowski, gern klar stellen, dass der nach dessen Ansicht zu Missdeutungen Anlass gebende Satz: „Bemerkenswerth ist, dass die erste und nothwendigste Bedingung für eine erfolgreiche Trinkerbehandlung, die Alkoholabstinenz an Haupt und Gliedern, in der Anstalt Carlshof fehlt“, natürlich nicht dahin zu verstehen ist, dass die Abstinenz auch bei den Kranken selbst fehlt. Dieselben bekommen selbstverständlich keine Alkoholika und auch der Hausvater, der mit ihnen zusammen im Trinkerhause wohnt, lebt abstinent. Blos die Abstinenz an Haupt und Gliedern fehlt, sie fehlt bei dem Direktor der Anstalten, beim leitenden Arzt, welcher speciell Arzt der Trinkeranstalt ist, bei den übrigen Aerzten, die ihn wohl gelegentlich zu vertreten haben, bei den übrigen an der Carlshofer Anstalt angestellten Pfarrern, welche sicher auch dienstlich mit den Trinkern in Berührung kommen, bei den Verwaltungs- und niederen Beamten und bei den Diakonen und Diakonissinnen der Anstalten (bei den letzteren vereinzelte Ausnahmen). Die Aerzte und wohl auch die übrigen höheren Beamten bekommen ex officio zu ihrer Kost täglich eine Flasche Bier aus der Anstaltsküche geliefert, die Diakonen und Diakonissinnen eine Flasche Braunbier oder Limonade nach Belieben. Auch die Epileptiker bekommen gelegentlich bei Festen Braunbier. Aus der Oekonomie können die Beamten so viel Bier beziehen als ihnen beliebt. Also kurz und gut, auf dem gesammten Gebiet der Carlshofer Anstalten mit Ausnahme des zu ihnen gehörenden und mit ihnen organisch verbundenen Trinkerhauses herrscht nicht die Abstinenz, sondern wird der Genuss geistiger Getränke autorisirt, während in einer mustergiltigen Anstalt die zu heilenden Trinker durch das Beispiel der gesammten enthaltsamen Umgebung zur Enthaltsamkeit erzogen werden müssen. Völlige Enthaltsamkeit von allen geistigen Getränken für alle Angestellten der Anstalt in und ausser dem Hause ist, wie auch auf der ersten Conferenz der Vorstände deutscher Trinkerheilanstalten zu Dresden am 26. September 1900 allgemein betont wurde, die erste Bedingung der Anstaltsbehandlung. Mit dieser Auffassung glaube ich mich in voller Uebereinstimmung mit den Resultaten der Wissenschaft, mit der Gesammtheit der Irrenärzte und mit der erdrückenden Majorität aller derer zu befinden, die sich mit der Trinkerbehandlung ernstlich beschäftigen. Hoppe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 37. 13. December. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Erfolge der Epilepsie-Behandlung nach Toulouse-Richet.

Von Dr. *Koloman Pándy*, Primararzt der Irrenabtheilung des allg. Krankenhauses zu B.-Gyula (Ungarn).

Im verflossenen Jahre haben meine Secundärärzte Dr. Halmi und Dr. Bagarus mit der Methode Toulouse-Richet, die man anders auch oligochloröse Bromtherapie der Epilepsie nennen kann, Versuche gemacht. Ich habe diese Versuche ebenso wie die litterarische Entwickelung der Frage mit grossem Interesse verfolgt und halte es demnach, mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage, für nothwendig, die ganze Sache kritisch darzustellen.

Toulouse und Richet haben in der Sitzung vom 20. November 1899 der „académie des sciences" berichtet, dass, wenn man das Kochsalz in der Nahrung der Epileptischen vermindert, die Wirkung der Bromsalze sich bei diesen Kranken in gesteigertem Maasse bewährt. Sie haben auf diese Weise bei 20 früher mit der alten Brommethode behandelten Kranken 81 % Besserungen erzielt, bez. die Anfälle der Kranken haben sich auf 92 %, die Schwindel aber auf 70 % gemindert. Die Aufregungszustände haben sich nicht geändert.

Ueber diese Versuche hat meines Wissens — ausser den Autoren zu allererst Näcke referirt. Er selbst hat zwar das Verfahren nicht angewendet, war aber mit den in Paris persönlich gesehenen Erfolgen so sehr befriedigt, dass er im Neur. Ctbl. vom 15. Juli 1900 das „neue" und „geniale" Verfahren überaus lobt und unter Anderem folgendes sagt: „Die Methode ist also eine sehr einfache und hat trotzdem bisher Erfolge aufzuweisen, wie kaum eine andere."

Vier Wochen nach Erscheinen dieses Artikels hat Rumpf (Neur. Ctbl. 1900, Nr. 16) ebenfalls nur theoretisch das Thema behandelt. Er ist weniger entzückt als Näcke und sieht das Hauptverdienst

Toulouse und Richet's darin, dass diese für eine sorgfältigere Behandlung der Epilepsie eingetreten sind. Er betrachtet auch dieses Verfahren nicht so sehr als „neu", und factisch finde ich selbst in den klassischen Zeilen, welche Esquirol über Epilepsie im Jahre 1815 geschrieben, die „salaisons" schon verboten; und doch glaube ich, dass die im Wege der Chlorentziehung erzielte Steigerung der Bromwirkung — eben behufs therapischer Zwecke — der Originalgedanke der genannten französischen Autoren ist. Rumpf bestreitet auch die Erklärung des neuen Heilverfahrens, weil — nach seiner Meinung — von einer Ersetzung von Chlor durch Brom im Organismus keine Rede sein kann. Wir werden indessen sehen, dass diese Behauptung Rumpf's nicht stichhaltig ist. Ich kann aus Rumpf's Bemerkungen nicht verstehen, weshalb die Epileptischen „Birnen" nicht essen sollen, ebenso finde ich bei Delasiauve nicht begründet*) weshalb die Epileptischen frische Hülsenfrüchte, erquickendes Obst und gedörrte Zwetschken geniessen sollen.

Die Mittheilungen Näcke's und Rumpf's veranlassten auch mich die oligochloröse Bromtherapie an dem zu meiner Verfügung stehenden grossen Materiale durch meine Secundärärzte erproben zu lassen. Dieselben haben über die erzielten Erfolge schon referirt, — auf deren Würdigung komme ich noch zurück. —

Während bei uns die einleitenden Beobachtungen schon im Gange waren, sind über diesen Gegenstand zwei neuere Mittheilungen erschienen. Die eine schrieb Helmstädt**), aus Alt's sehr vortheilhaft bekannter Anstalt in Uchtspringe; die andere stammt vom Rezsö Bálint, welche am 28. April 1901 erschien,***) aber schon eine Woche früher im königlichen Aerztevereine zu Budapest eingehend besprochen wurde. Es war überraschend, dass die Versuche dieser zwei Verfasser, welche beinahe zur selben Zeit veröffentlicht wurden, zu ganz entgegengesetzten Resultaten führten. — Helmstädt, welcher 18 Kranke 15 Wochen hindurch nach Toulouse-Richet behandelte, hat in jedem Falle, also 100 %, Vermehrung der Anfälle erfahren; eine Verminderung der Anfälle konnte er unabhängig von der chlorösen oder oligochlorösen Diät nur durch die Erhöhung der Bromdosen erzielen. Helmstädt schreibt die Erfolge Toulouse-Richet's nur der strengen Diät zu, in welcher die Entziehung des Kochsalzes keine Rolle spielt, anderestheils erinnert er daran, dass die französischen Verfasser nebst ihrer Diät ziemlich grosse Bromdosen verabreicht haben. Von Interesse ist in seinem Artikel auch das, dass man in der Alt'schen Anstalt mit Verabreichung von Kochsalz ebenfalls im Stande war die Zahl der epileptischen Anfälle zu vermindern, sogar mit hypodermatischer Einspritzung von Kochsalz einen status epilepticus zu unterdrücken. Eine französische Studie, welche Helmstädt citirt, scheint ihm auffallend Recht zu geben. Fleury nämlich verordnete die Cur Toulouse-Richet mit Kochsalz, was zumindest eine contradictio in adjecto bedeutet, und doch gelangte er zu eben solchen guten Erfolgen, wie Toulouse und Richet. Fleury hält die Erklärung der Toulouse-Richet'schen Cur für inexact und schreibt den guten Erfolg nur der leicht verdaulichen Diät zu.

Bálint war meines Wissens der Zweite, welcher auf Grund einer grösseren Anzahl von Fällen über diese Frage in der Litteratur berichtet hat. Bálint hat bei 28 Kranken 80 % Besserung erfahren, und somit das Heilverfahren als besonders werthvoll befunden. Bei der Vorlesung Bálint's im königl. Aerztevereine zu Budapest erfuhren wir zugleich, dass bei uns auch Andere mit der Toulouse-Richet-schen Cur Versuche machten und zwar mit verschiedenem Glücke. —

Donáth hat in einem Falle guten Erfolg erzielt, in einem anderen wieder hat die Methode nichts genutzt. Unter acht Kranken Hudovernig's haben 6 lieber die epileptischen Anfälle als die 3 Tage hindurch genossene, jedoch wenig Aussicht bietende, kochsalzarme Kost gewählt. Bei 2 Kranken war das Verfahren nutzlos und so hat auch Hudovernig im Wesentlichen solche Erfolge erzielt, wie Helmstädt.

Jendrássik hatte bei dieser Gelegenheit noch keine eigene Erfahrungen, doch lohnt es sich auf einige seiner Bemerkungen zu reflectiren. Jendrássik scheint etwas skeptisch zu sein, weil er aus den bisherigen Erfolgen nicht ersicht, wie weit man mit der Cur fortfahren muss, und wie weit man kann, und befürchtet, dass der epileptische Organismus sich auch diesem Heilverfahren angewöhnen wird. Etwas zweideutig scheint seine folgende Bemerkung: „Die sehr schönen Daten des Vortragenden (Bálint's) haben den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Epilepsie jedenfalls mit einer werthvollen Sache bereichert, hauptsächlich weil er den Kranken eine essbare (sic!) Kost verabreicht". Dies klingt ähnlich wie Fleury's obenerwähnter Satz, und es scheint auch nicht ganz

*) cit. bei Laufer: L'hypochloruration. Thèse de Paris 1901.

**) Psych. Woch. 1901.

***) Orvosi Hetilap, 1901 (ungarisch).

unbegründet zu sein, denn, wie schon erwähnt, während die Kranken Hudovernig's lieber die epileptischen Anfälle als die ungesalzene Kost wählen, und die Kranken Halmi's und Bagarus' nach vier Wochen ebenfalls nicht mehr zur oligochlorösen Diät (bestehend aus Milch, Eiern und ungesalzenem Brote) zu bewegen waren, haben ganz im Gegentheile die Kranken Bálint's die erwähnte Diät besser als die gewöhnliche Spitalskost gefunden, indem sie die Fortsetzung bezüglich die Wiedereinstellung der neuen Diät wünschten.

Im Herbste 1901 erschien eine Mittheilung von Garbini*) über dieselbe Frage. Dieser Verfasser hat mit der Cur Toulouse-Richet 73 % Besserungen erfahren, jedoch ist die Häufigkeit der Anfälle mit 65 % auch so gesunken, wenn er die Diät ohne Verabreichung von Brom durchgeführt hatte. Demgemäss bleibt also der Nettowerth der oligochlorösen Bromtherapie nur 8 %.

Interessant sind übrigens auch die Versuche Wistocki's,**) welcher im Jahre 1898 ohne die Entziehung von Kochsalz methodisch durchzuführen, mit einer mit Brom combinirten, oder nur reinen Milchcur schöne Erfolge erzielt hat, nur ist es bedauerlich, dass auch diese Erfolge ebenso vergänglich waren, wie sämmtliche Erfolge der Publicationen über die Heilung der Epilepsie.

Schlöss (Ybbs)***) ist zu Ende des vergangenen Jahres ebenfalls zu keinem besonderen Resultate gelangt. Die Anfälle vermindern sich zwar unter der Zeit der oligochlorösen Bromtherapie, aber die Kranken wurden sehr schwach und auch ihr Körpergewicht nahm ab.

Am Ende erwähne ich noch die unlängst in Nr. 1 des Neurol. Centralblattes erschienene Arbeit von Schäfer. (3 Kranke per 6 Wochen). Dieser Verfasser theilt gänzlich die Ansicht Bálint's über den Werth der neuen Cur. Schade, dass er auch davon nicht berichtet, ob er nach Einstellung dieser Methode dieselbe neuerdings begonnen und wie lange hernach und mit welchen Erfolgen fortgesetzt hatte?

Nur kurz will ich berühren, dass Toulouse und Meunier in der „Revue de Psychiatrie" des vorigen Jahrgangs (1901) eine Beobachtung mittheilten, nach welcher unter der Wirkung der neuen Cur sogar epileptische (?) Delirien aufgehört haben. Dieser Fall verliert viel von seinem Werthe, wenn man berücksichtigt, dass nach den Verfassern es sich um eine mit konvulsivischer Hysterie komplicirte Epilepsie sich gehandelt hat.

*) Rivista meusile di neuropathologia, 1901.

**) ref. im Neurol.-Centralblatt.

***) ref. im Orvosi Hetilap.

Halmi und Bagarus fassen die Resultate ihrer Arbeit darin zusammen, dass die Toulouse-Richet'sche Cur die Epilepsie weder heilt, noch bessert. Wohl gelangt die Wirkung des Brom bei künstlicher Entziehung des Chlor besser zur Entfaltung, doch ist diese starke Wirkung mit der Gefahr einer verschieden schweren Bromvergiftung verbunden und somit kann die Methode nicht nur nicht empfohlen werden, sondern ist dieselbe entschieden gefährlich.

Laufer erwähnt (Rev. de Psych. 1901), dass nach Richet die Bromwirkung sich während der Cur Toulouse-Richet durchschnittlich verfünffacht und schon Toulouse macht darauf aufmerksam, dass sogar 4 gr Brom Intoxicationserscheinungen verursachen können. Nach Laufer hat Buchheim schon im J. 1875 ausgesprochen, dass nach Aufnahme von J und Br im Magen sich Br H und J H bilden; Richet hat sich 25 Jahre vordem mit der Frage der Cl-Substitution beschäftigt, und Külz hat im J. 1886 thatsächlich nachgewiesen, dass J und Br in der Salzsäure des Magens an Stelle des Cl treten. Aus den Untersuchungen Nenckis und Schoumov-Siamanovszkys hat sich ergeben, dass diese Substitution nicht nur in den Magensäften, sondern in sämmtlichen Geweben vor sich geht, was Laudenheimer im J. 1897 mit neueren Daten bekräftigte. Diese Verfasser haben schon die oligochloröse Diät in Betracht gezogen, ohne indessen an die therapische Verwerthung derselben zu denken.

Auch die Studien Fessel's und Laufers beweisen die Substitution. Der letztere macht auch darauf aufmerksam, dass wir in Folge der ausserordentlich starken Wirkung des Brom auf den oligochlorösen Organismus bei der Verabreichung oder Entziehung von Brom vorsichtig sein müssen. Laufer hat auch das constatirt, dass die Phosphate während der oligochlorösen Therapie in grösserem Maasse zurückgehalten werden, und hält es für möglich, dass auch dieser Umstand die günstige Wirkung der neuen Heilmethode befördert. Bekanntlich hat Fleury bei Epileptischen mit subcutaner Einspritzung von Natrium phosphoricum gute Erfolge erzielt.

Nachdem ich all' das, was wir von der Art und Weise der Wirkung der Bromtherapie wissen, kurzgefasst dargestellt habe, will ich noch erwähnen, dass schon Toulouse und Richet es anempfohlen haben, dieses oligochloröse Verfahren mit anderen Mitteln besonders auch mit Jod zu versuchen. — Ferenczy erwähnt dies ebenfalls in der auf den

erwähnten Vortrag Bálint's erfolgten Diskussion, und thatsächlich hat einige Monate später M. Weisz*) practischer Arzt in Gyöngyös, in einem entsprechenden Falle den Versuch auch gemacht. Er hat gefunden, dass die oligochloröse Jodtherapie wenigstens in dem „einen" Falle nicht nur die bestandene Jodidiosyncrasie aufhören liess, sondern dass sie sich auch antiluetisch bewährt. Er hatte auch eine grosse Beständigkeit des Erfolges erwartet.

Leider ist Sellei**) auf ungünstigere Resultate gelangt; er hat nämlich bei 30 Kranken erfahren, dass Jod gegen Lues auch bei oligochloröser Diät nicht stärker wirkt, bezw. man muss die kleineren Dosen längere Zeit hindurch verabreichen, um dasselbe Resultat erzielen zu können. Dies stimmt somit mit den auf Brom bezüglichen Erfahrungen Helmstädt's überein; zweitens gestaltete sich die Jod-Idiosyncrasie nicht im Geringsten günstiger, wie bei der gewöhnlichen Diät.

Hasenfeld's***) Versuche beziehen sich darauf, wie die Kranken das mit Jod gesalzene Brot, das Jodopan (ad formam Bromopan, kochsalzfreies mit Brom gesalzenes Brot, Bálint) vertragen. Die Fälle jedoch, die chronische Arteriosclerose, die Atrophia granularis renum, welche Gegenstand dieser Untersuchungen waren, dürften auch diese Form der Jodtherapie nur ordinationis und solatii causa indicirt haben.

Auf Grund alldessen können wir nun zur Besprechung des Werthes der Bromtherapie übergehen.

Es erleidet keinen Zweifel und wie ich sehe, in Diesem stimmen sämmtliche Autoren überein, dass auch die oligochloröse Bromtherapie die Epilepsie nicht heilt, sondern nur die Heftigkeit und die Wiederholung der Anfälle mildert, beziehungsweise jene längere — kürzere Zeit aufhören lässt.

So betrachten auch wir im Folgenden die Toulouse-Richet'sche Cur nur als ein antisypmtomatisches und nicht als ein spezifisches Mittel der Epilepsie.

Aus den Versuchen Buchheim's, Külz's, Nencki's und Schoumov-Simanowszky's, Laudenheimer's und Laufer's ersehe ich es gegenüber der Meinung Rumpf's als erwiesen, dass Brom in den oligochlorösen Organismus an Stelle des Chlor tritt, sogar den Chlor aus dem Organismus verdrängt. Die Untersuchungen Toulouse und Richet, Bálint (?), Garbini (?), Toulouse u. Meunier, Schlöss, Schäfer (?), so auch Halmi und Bagarus beweisen, dass Brom auf den oligochlorösen Organismus viel intensiver als gewöhnlich wirkt. Jene Behauptung Richet's, dass die Bromwirkung fünffach grösser sei, kann ich nicht einmal mit annäherndem Werthe acceptiren, weil die individuell sich verändernde physische und chemische Reaction des Organismus in Bezug auf die Entziehung von Chlor und in dieser Weise gegebenen Brom jede derartige Berechnung illusorisch macht.

Helmstädt ist der einzige, welcher auf Grund einer grösseren Anzahl von Versuchen behauptet, dass die stärkere Wirkung des Brom bei oligochloröser Diät ausbleibt, sogar dass die Anfälle sich während dieser Zeit noch steigern. Ich kann mir dies nicht anders erklären, als dass Helmstädt, zur Entfachung einer genügenden Wirkung wenig Brom gegeben, beziehentlich von der Zahl der Anfälle abgesehen, den übrigen Veränderungen wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat. Auch unter den Fällen Halmi's und Bagarus' hat sich bei Einzelnen die Zahl der Anfälle vermehrt, doch war die Bromwirkung auf das psychische Verhalten der Kranken immer wahrnehmbar.

Nachdem die stärkere Wirkung des Brom bei kochsalzarmer Diät bewiesen erscheint, muss noch die Frage entschieden werden: ob man diese künstlich erhöhte Bromwirkung bei der Behandlung der Epilepsie ausnützen kann oder nicht?

Toulouse und Richet, Bálint, Garbini, Toulouse und Meunier, Schäfer sind dieser Meinung, wogegen Helmstädt, Hudovernig, Halmi und Bagarus, und, so scheint es, auch Schlöss entgegengesetzter Ansicht sind.

Wir dürfen auch bei dieser neuen Therapie der Epilepsie nicht ausser Acht lassen, dass man die Zahl der Anfälle schon seit uralter Zeit auf sehr verschiedene Weise, manchmal mit kaum glaublichen Kunstgriffen vermindern konnte. So nimmt auch eine aus dem Jahre 1564 herrührende ungarische Medicinalvorschrift die Diät in Anspruch und zwar in einer ziemlich kuriosen Weise: „9 Raupen von der Hagerose mit Wermuth gut einkochen und zudecken, hievon gieb des Morgens 7 und des Abends 6 Löffel ein; ausserdem soll der Patient weder Brot, noch Sonstiges, was aus Mehl gebacken wird, geniessen."

Wie wir sehen ist diese Therapie beinahe das Entgegengesetzte von der mit 340 Jahren später anempfohlenen Brodtherapie Bálint's und doch scheint es mir nicht unmöglich zu sein, dass ein geschickter Arzt bei entsprechenden Patienten mit

*) Orvosi Hetilap, 1901, ungarisch.

**) Orvosok lapja, 1902 (ungarisch).

***) Monatsschrift für pract. Dermatologie, 1902.

beiden Methoden dieselben Erfolge erzielen könnte. Interessant ist es auch, dass Borgetti im J. 1857 mehr als 5 seiner epileptischen Kranken mit dem Decoctum der Hollunderrinde heilte, — und in einer länger als 18 monatlichen Beobachtungszeit das Verschwinden der Anfälle verzeichnet hat; solchen 18-monatlichen Stillstand der Anfälle haben meines Wissens keine Publicationen über die neueste Epilepsiecurmethoden erwähnt.

Abgesehen von den geschichtlichen Daten erwies sich das Brom als das beste pharmacodynamische Mittel zur Behandlung der Epilepsie, natürlich individuell in entsprechend kleineren und grösseren Dosen und mit jenem obligaten Nachtheile, dass die Besserung nur so lange anhält, als wir Brom geben, und an Stelle chronisch epileptischer Individuen — sit venia verbo — chronisch bromisirte Individuen entstehen.

Zur oligochlorösen Bromtherapie zurückkehrend, besteht deren höchster Werth nach Näcke, Bálint, Schäfer*) und Laufer in dem, dass man Brom in viel kleineren Dosen geben kann, als früher. In dieser Berechnung haben wir uns, wie ich sehe, getäuscht, weil nach der neuen Methode, wenn auch die Bromdosis kleiner, ihre Wirkung doch vielfach grösser ist, und für den Organismus ist natürlich nur das Wirkungsquantum und nicht das Gewichtsquantum von Belang. Bálint und Garbini haben Intoxicationserscheinungen nicht wahrgenommen, aber schon Toulouse und Richet, später Laufer lenken die Aufmerksamkeit darauf, dass die Möglichkeit der Bromvergiftung bei oligochloröser Diät eine sehr bedeutende ist. Dies fand Schlöss und dies habe auch ich in den Versuchen Halmi's und Bagarus' bestätigt gefunden. Dasselbe beweisen in tragischester Weise unsere Erfahrungen, nämlich dass zwei Kranke unter der Wirkung der Cur in Folge einer unaufhaltbaren Bromintoxication gestorben sind. Und thatsächlich, ohne jeden biochemischen Beweis halte ich es für eine für jeden nüchternen Gedankengang unumstössliche Wahrheit, dass, wenn die Wirkung der Bromdosis aus welcher Ursache immer sich stärker gestaltet, dann auch die Möglichkeit einer Vergiftung grösser ist. Laufer betrachtet ebenfalls die Zunahme der heilenden und vergiftenden Wirkung des Brom als parallel. Eben bei der Cur Toulouse-Richet darf man nicht vergessen, dass während bei einer gewöhnlichen Diät die Wahrscheinlichkeit der zunehmenden Wirkung bei denselben Individuen nur von einem Factor — und dies ist die controllirbare Steigerung der Dosen — abhängt, demgegenüber bei der oligochlorösen Diät ein gefährlicher unberechenbarer Factor auftritt, nämlich die Beraubung des Organismus von seinem natürlichen Bestandtheile, vom Kochsalze, und demzufolge entfaltet sich die veränderte Wirkung des Brom gegenüber der künstlich abgeschwächten Resistenzfähigkeit des Körpers.

*) In der oben erwähnten Discussion.

Ich halte es nicht für nothwendig auseinander zu setzen, dass der Organismus seines Kochsalzbestandes in seinem normalen Reichthum bedarf, aus welchem Quantum ohne künstlich Krankheiten hervorzurufen nichts weggenommen, noch weniger mit fremden, sogar mit toxischen Bestandtheilen ersetzt werden kann. Den sogenannten Kochsalzluxus — wenigstens von einigen, anders wie wir lebenden mittelafrikanischen Völkern abgesehen — halte ich nicht für ganz unzweckmässig, im Gegentheile, ich halte es für einen solchen obligaten Reichthum, welchen der Organismus nicht entbehren kann, um davon ebensoviel aufnehmen zu können, als an Kochsalz bezw. Chlor er unbedingt bedarf, um alle seine biochemischen und biophysischen Processe gut vor sich gehen zu lassen, damit der Organismus und auch der neben ihm niemals zu vergessende Mensch gedeihe. Auch bei Laudenheimer finde ich einen Hinweis darauf, dass bei oligochloröser Verabreichung von Brom die Intoxicationserscheinungen nicht nur aus der Steigerung der Bromwirkung, sondern auch aus der Chlorarmuth des Organismus zu erklären sind.

Das Besagte kann einen jeden ruhig denkenden Arzt davon überzeugen, dass die Behandlung der Epilepsie nach Toulouse-Richet ein gefährliches, zweckverfehltes und unnöthiges Unternehmen ist, und ich glaube, dass das hier Besagte gleich dem Schicksale der Flechsig'schen Opium-Bromcur und trotz der weniger beliebten Mittheilung der ungünstigen Erfolge in Kurzem eine allgemeine Ueberzeugung wird.

Den von Zeit zu Zeit in den Heilbestrebungen der Epilepsie auftauchenden Enthusiasmus zu mässigen, helfen nicht nur die seit hundert Jahren sozusagen gesetzmässig sich wiederholenden Enttäuschungen, sondern eben in diesem Falle auch das, dass man die oligochlorose Diät eine längere Zeit hindurch nicht fortsetzen kann. Nur bei den französischen Autoren lese ich, dass sie selbe sogar 7 Monate fortsetzten (in wie viel Fällen und ob unausgesetzt?). — Die Publicationen der anderen Verfasser aber sprechen gewöhnlich nur von nicht über 2—3 Monate sich erstreckenden Erfahrungen.

Wir sahen, dass unter den 8 Kranken Hudovernig's 6 die versuchte, doch wenig versprechende

ungesalzene Küche nur 3 Tage lang vertragen konnten; die 15 bezw. 13 Kranken Halmi's und Bagarus' konnten nach 4 Wochen ebenfalls nicht zur Fortsetzung der Cur bewogen werden. Ich selbst halte eine längere und sicher oligochloröse Diät auch ohne Verabreichung von Brom für eine Unmöglichkeit im hygienischen Sinne.

Nach all diesem ist es vielleicht auch überraschend, wenn ich erkläre, dass ich nicht im Entferntesten bezweifle, dass Toulouse und Richet, Bálint, Garbini, Toulouse und Meunier, wie auch Schäfer gute Erfolge gesehen haben, doch glaube ich, dass diese nicht auf Selbsttäuschung beruhenden Erfolge im Wege der Suggestion erklärt werden müssen, deren Wirkung mehr-weniger nicht nur die Kranken, sondern auch die sie behandelnden Aerzte betrifft. Damit ist jedenfalls in der Geschichte der Heilkunde weder etwas neues, noch befremdendes gesagt.

Bevor ich indessen diese meine Behauptung auf die neueste Heilmethode der Epilepsie beziehe, muss ich in Kürze noch auf eine Frage zurückkehren, welche mit dieser meiner Behauptung zusammenhängt. Einen scheinbaren Widerspruch muss ich zu lösen versuchen, welcher einestheils zwischen Bálint, Garbini und Schäfer, anderentheils zwischen Halmi und Bagarus besteht.

Ich schicke voraus, dass ich es für unmöglich halte, dass bei einer genügenden und längeren Entfaltung der Bromwirkung, welche in der Verminderung der Leistungsfähigkeit der Nervenfaser besteht, die erschwerte Association nur auf die spasmogene Leitung, auf die Verminderung der Anfälle und nicht zugleich auch auf die sämmtlichen associativen Funktionen sich bezieht. Und thatsächlich hat sich in den Fällen bei Halmi und Bagarus ausser der Verminderung der Zahl der Anfälle die Bromwirkung unverkennbarer Weise auch an der Psyche der Kranken geltend gemacht. Die Kranken sind apathischer, ruhiger, hier und da sind sie stuporös geworden, wir konnten sogar auch Intoxikationsdelirien beobachten.

Und so kann ich die entgegengesetzten Versuche, allwo die specifische Wirkung des Brom ausgeblieben ist, wo das Sensorium sich geklärt hat, die Apperception und die Stimmung sich gebessert haben, und all dieses bei gleichzeitiger Verminderung der Anfälle nur auf eine Ursache zurückführen und dies ist, dass die früher mit grosser Bromdosis gehaltenen Kranken von der deprimirenden Wirkung des Brom befreit worden sind, sie haben sich im Allgemeinen besser gefühlt und indem sie Versuchsindividuen waren, bekamen sie auch bessere Kost als früher, man hat sich mit ihnen auch mehr beschäftigt, auch ihre Heilung ist öfter betont worden: all dieses hat ihr ganzes Gehirn, ihre sämmtlichen Associationen so sehr in Anspruch genommen, dass mit der Besserung des Allgemeinbefindens auch die Zahl der Anfälle sich vermindert hat.

Als ich mich mit den Erfolgen dieser Versuche beschäftigt hatte, erschien es mir, als wenn die jetzt vorgetragene Auffassung vielleicht zu sehr persönlicher Natur wäre und war nicht sicher, ob ich auch von anderer Seite Zustimmung erhalten werde. Der Zufall indessen hat mich auf ein schönes Kapitel in der Geschichte der Epilepsie aufmerksam gemacht, welche, wie es mir scheint, zu Gunsten meiner Auffassung spricht.

Esquirol sagt nämlich in seiner im Jahre 1818 über die Epilepsie erschienenen Arbeit: „J'avais à soigner trois cent quatre-vingt-cinq femmes ou filles de tout âge, passé la puberté, appartenant à la classe pauvre. Dans ce nombre quarante-six étaient hystériques et trois cent trente-neuf épileptiques; la plupart étaint plus ou moins habituellement aliénées . . . . . Je voulus soumettre à mon observation l'efficacité dés remèdes les plus variés. J'essayai successivement les évacuations sanguines, les purgativs, les bains à toute température, les exutoires, le cautère, le feu, les antispasmodiques, vegéteaux et minéraux. — Je m'arrêtais à l'acide hydrocyanique; je me procurai, j'achetai des remédes secrets. Tous les printemps et tous les automnes, je choisissais trente femmes épileptiques, de la maladie des quelles je connaissais mieux le commemoratif, les causes et les symptômes; les femmes étaient préparées à l'avance, en excitant leur imagination par la promesse répétée d'une guérison certaine. J'était merveilleusement secondé par la surveillante et les élèves. Toujours une nouvelle médication suspendait les accès*) pendant quinze jours; chez les unes; pendant un mois, deux mois chez d'autres, et même pendant trois mois. — Aprés ce terme les accès reparaissaient successivement chez toutes nos femmes, avec les caractères, qu'ils avaient présentés les années précédentes. Plusieurs de nos épileptiques se sont prêtées à mes essais plusieurs années; mais, l'avouerais-je! je n'ai pu obtenir de guérison.*) Dans ma pratique particulière, je n'ai guère été plus heureux; si les accés ont été suspendus ils l'ont été moins par l'action des médicameus que par l'effet de la confiance qui détermine un malade à consulter un nouveau médecin."*)

*) Im Original nicht betont.

jenes Vertrauen zu erwerben, mittelst edler und selbstbewusster Suggestion die Symptome der Epilepsie zu lindern, wird uns auch nach der mit der Cur Toulouse-Richet empfundenen Täuschung immerhin eine ernste und würdige ärztliche Aufgabe bleiben.

Nachtrag bei der Correctur.

Schnitzer (Neur. Centralbl. Nr. 17, 1902) fand bei 12 Fällen aus 16 (Versuchszeit 6 Wochen) eine bedeutende Besserung, die Kranken widerstrebten jedoch der kochsalzarmen Kost. Verfasser hält es für zweifelhaft, dass die Kochsalzentziehung sich auf Monate hin durchführen lässt. 4 Kranke zeigten während der Versuchsperiode eine auffallend erhöhte Reizbarkeit.

Cappelletti und d'Ormea (Atti del XI. Congr. alla Società freniatrica italiana, Riv. Sperim. 10. VI. 1902) haben 20 Kranke 40 Tage hindurch nach Toulouse-Richet jedoch mit einer genügend rasiabilen Diät behandelt. (Milch, Caffé, Zucker, Brod, Mehlspeise, Fleisch, Eier, Hülsenfrüchte oder Obst, Butter, Wein (!)). — Die Cur hat sich bei Frauen besser bewährt, die Anfälle sind ausgeblieben in 27%, vermindert mit 44%, vermehrt mit 2% und unverändert geblieben mit 3%. — Rasche Vermehrung der Anfälle nach Aussetzen der Cur. — In der Discussion bemerkt Angiolella, dass die Epilepsie eine angeborene Anomalie ist, bei welcher die Verminderung der Anfälle nicht gleichwerthig mit der Besserung der Krankheit ist. — Er glaubt für die Demenz der Anstaltsepileptiker theilweise wenigstens die Brombehandlung verantwortlich machen zu dürfen, und er meint, dass alle die Mittel, welche die Reizbarkeit der Hirnrinde vermindern, als unnützlich und schädlich in der Praxis vermieden werden sollten.

Tamburini (ebenda S. 170) hatte bei drei Kranken eine bedeutende Verminderung der Anfälle beobachtet, er hebt jedoch hervor, dass die Cur nicht ganz unschädlich ist. Er hat nämlich bei 2 Kranken nach einer gewissen Dauer der Cur eine tiefe, confuse Geistesverirrung beobachtet, welche erst nach der Kochsalszufuhr verschwand. — Die Resultate von Fleury scheint Tamburini ebenfalls bestätigt zu haben.

Ventra findet, dass man die kochsalzarme Diät nur schwerlich bei Epileptischen durchführen kann, — er hat auch gastrointestinale Störungen infolge der Cur P. R. beobachtet, — er findet die Cur nicht ganz unschädlich und meint, dass sie nicht vortheilhafter ist, wie die bekannte Combination von Brom und Antipyrin. —

Alt (diese Wochenschrift Nr. 8) hat die obenerwähnten Resultate von Wistoki und Fleury bestätigt.

Mittheilungen.

— 33. **Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Stuttgart** am 1. und 2. November 1902. (Schluss.)

Ueber Schulen für nervenkranke Kinder sprach Dr. Stadelmann, Nervenarzt in Würzburg. Für die neuropathischen Kinder ist zur Zeit nicht richtig gesorgt. Das Lehrprogramm der allgemeinen Schule ist direct nachtheilig für diese Kinder. Keime einer Neurose oder Psychose entwickeln sich dadurch ungehindert; die spätere Stellung im socialen und beruflichen Leben ist in Frage gestellt. Es müssen neuropathisch beanlagte Kinder einer individuellen Unterrichtung unterzogen werden nach einer Associations- (Concentrations-) Methode des Unterrichtens. Es sind im psychischen und körperlichen Verhalten der Kinder die jederzeitigen Schwankungen, die die kranke Anlage mit sich bringt, dabei zu berücksichtigen. Dieser Unterricht ist ein Theil der psychischen Behandlung der nervenkranken Kinder. Jedes Kind hat sein eigenes Lehrprogramm, das nach dem Ergebniss der methodisch durchgeführten Prüfung der Intelligenz und nach der Beobachtung der moralischen Fähigkeiten aufgestellt wird. Psychologische Thatsachen verlangen dieses Princip des Individualisirens und der Concentration beim Unterricht. Das neuropathische Kind hat ein Recht auf diese Behandlungsweisen, die Schule f. n. K. soll mit einer Heilanstalt verbunden sein, in der eine körperliche Behandlung diese psychische unterstützt. Der Werth der Schule für nervenkranke Kinder liegt in der Prophylaxe und Frühbehandlung der Neurosen und Psychosen. Auch die sociale Bedeutung der Schule für nervenkranke Kinder ist nicht zu unterschätzen. Vortragender hat vor $1^{1}/_{2}$ Jahren eine Schule für nervenkranke Kinder in Verbindung mit einer Heilanstalt errichtet, die er selbst leitet.

Direktor Dr. Eschle: Demonstration eines Krankenbettes (nach Frau Emilie Eschle) speciell für unreinliche Geisteskranke.

Eine geeignete Lagerstätte für unreinliche Geisteskranke muss nicht nur mit Vorrichtungen versehen sein, die das Liegen der Kranken in der Nässe möglichst verhüten, sie muss auch den heutigen Anforderungen an ein Krankenbett entsprechen und schliesslich darauf Rücksicht nehmen, dass dasselbe von unruhigeren und verblödeten Patienten nicht leicht zerstört werden kann und einzelne dabei losgelöste Theile (Knöpfe, Bänder u. s. w.) zur Selbstbeschädigung der Kranken Anlass geben.

Wohl im Wesentlichen der Gesichtspunkt, ein billiges Lagerungsmaterial für die unreinlichen Geisteskranken zu gewinnen, das jederzeit fortgethan und durch neues ersetzt werden kann, hat in einzelnen Anstalten zur Verwendung der Torfstreu als Bettfüllung für derartige Pfleglinge geführt. Die letztere wird in eine mit hölzernem Boden und ebensolchen Seitentheilen versehene Bettstelle gefüllt, ausgeebnet und mit einem Leintuche bedeckt, auf das der Kranke direkt zu liegen kommt. Die grosse Aufsaugefähigkeit dieses Materials, sein billiger Preis und der wenig umständliche Ersatz der durchtränkten und verunreinigten Schicht wurden als besondere Vortheile gerühmt. Dass eine derartige Lagerstätte, wenn vielleicht nicht geradezu menschenunwürdig, doch keine derartige ist,

dass sie sich in den Rahmen einer modernen, wohl eingerichteten Krankenanstalt einfügt, bedarf für denjenigen, der diese Einrichtung aus eigener Anschauung kennt, kaum weiterer Ausführung. Nicht nur dass seitens eines lässigen Wartepersonals Ersatz und Nachfüllung nicht immer rechtzeitig und in exakter Weise besorgt werden, durch die unvermeidlichen Verschiebungen des übergebreiteten Betttuches werden Torfpartikelchen auf dasselbe gebracht und die an und für sich bei diesen Kranken beträchtliche Chance des Decubitus noch weiter vermehrt. Ausserdem buchtet sich bei der lockeren Auffüllung und Verschieblichkeit des Materials das Lager in der Gegend des Gesässes zu einer recht umfangreichen muldenförmigen Vertiefung aus, die das ganze Bett in Unordnung bringt und den Patienten in eine nicht nur höchst unbequeme, sondern auch sonst in hygienischer Hinsicht überhaupt äusserst unerwünschte Situation bringt.

Anderwärts ging man dazu über, der Quere nach nebeneinandergelegte Säcke mit Stroh, Spreu oder Seetang zu füllen, auch wohl jenen die Form einer dreitheiligen Matratze zu geben und das Füllmaterial nach Bedarf zu entleeren. Die Spreu hat wegen der Verschieblichkeit und der mangelnden Festigkeit der so gewonnenen Unterlage ähnliche Nachtheile wie die Torfstreu, die für diese Zwecke geeigneten Arten des Seetangs sind im Binnenlande nicht leicht zu beschaffen, das Stroh ist zeitweilig kein ganz billiges Material, wenn der Wechsel wirklich in ausgiebiger Weise durchgeführt wird. Es kommt im Wesentlichen für Anstalten mit grösserer landwirthschaftlicher Oekonomie in Betracht, in der es später als Streu für das Vieh unbeanstandet Verwendung finden kann.

Gummiunterlagen und die mit Gummiüberzug und einer Ablaufsvorrichtung in der Mitte versehenen Betten, wie man sie häufig in Krankenanstalten findet, die nur zeitweilig oder einen kleinen Procentsatz Unreinlicher beherbergen, können ebensowenig allen Ansprüchen genügen, als einmal infolge der Wasserdichtheit der Unterlage der Kranke mit dem grössten Theile seines Körpers ständig nass liegt, andrerseits gerade Gummistoffe mit Vorliebe den Geruch zersetzten Urins annehmen und die Luft des Krankensaals geradezu verpesten. Dass der Geruch urindurchtränkter Stoffe ganz besonders geeignet ist, bei Kranken und Gesunden (z. B. bei jüngeren Kindern) Bettnässen und Unreinlichkeit durch reflektorische Reizung des Geruchsorgans zu unterhalten, ist keine ganz neue Erfahrung.

Diese Erwägungen veranlassten den Vortragenden nach einem andern billigen Füllmaterial Umschau zu halten, das die erwähnten Nachtheile ausschlösse. Durch den Rath seiner Frau, die den Missständen in der Anstaltshygiene und der Krankenpflege seit Langem besondere Aufmerksamkeit geschenkt hatte, wurde derselbe auf die Verwendung der langfaserigen Holzwolle (richtiger feinen Holzfaser!) hingeführt, wie sie jetzt vielfach als ebenso reinliches und vollkommen staubfreies, wie billiges Verpackungsmaterial in Gebrauch genommen zu werden pflegt. Das scheint auch ein sehr glücklicher Griff gewesen zu sein. Die Holzwolle hat wie eine jetzt länger als ein Jahr währende Versuchszeit ergab nicht nur den Vorzug eines überaus niedrigen Preises,*) sondern auch die keineswegs zu unterschätzende Eigenschaft dem Bett und dem Krankenzimmer selbst bei immer wieder erfolgender Verwendung nach der sofort zu erwähnenden Reinigungs-Prozedur ihren spezifischen, reinlichen, an Waldluft erinnernden Geruch zu geben. Aber nicht nur betreffs der Sauberkeit, auch was Weichheit und Elastizität des Lagers anlangt, ist ein so hergerichtetes Bett jedem mit einer Seegrasmatratze versehenen vorzuziehen, es kommt vielfach einer kostspieligen Rosshaarmatratze in jeder dieser Beziehungen nahe.

Selbstverständlich ist es wohl, dass bei der geringsten Anfeuchtung der ganze betroffene Theil des Unterbettes ausgewechselt und nicht etwa getrocknet wird, sondern in die Wäsche wandert. Das bezieht sich nicht nur auf die Hülle, sondern auch auf das Füllmaterial. Nach Aufbrühen mittelst heissen Seifenwassers und Trocknen auf einem mit verzinktem Drahtgeflecht überspannten Rahmen, das an der frischen Luft oder in geheiztem Raum äusserst rasch vor sich geht, kann die Holzwolle bei ganz minimalem Verlust immer wieder zu neuer Füllung von vorräthig zu haltenden Reservematratzentheilen Verwendung finden.

Vortragender verwendet seit einem Jahr nach Angabe seiner Frau hergestellte dreitheilige Matratzen. Die einzelnen Matratzentheile sind mit eingesetzten Seitentheilen gearbeitet und in der Mitte der unteren Fläche mit einem zur Bewerkstelligung der Füllung angebrachten, mit Bändern verschliessbaren Schlitz versehen.

Kommen Abtheilungen in Frage, bei denen die Füllung längere Zeit belassen werden kann (auch für nicht unreinliche Kranke und verschiedentlich in Privathausständen hat diese Einrichtung auf die gewordene Anregung hin Eingang gefunden) so werden die einzelnen Matratzentheile mit fortlaufender Schnur durchheftet. Das wird dadurch in eleganterer Weise bewerkstelligt, dass in gewissen Abständen, auf oberer und unterer Fläche correspondirend, ausgenähte Schnurlöcher-Paare angebracht sind, durch die mittelst einer Tapezierer-Nadel die Schnur durchgeführt, dann so festgezogen wird, dass sich annähernd quadratische Felder wie bei andern Polstermatratzen bilden und schliesslich an beiden Enden an den nahe bei einander gelegenen Oeffnungen für Ein- und Ausstich verknotet wird. Die Neufüllung einer grossen Zahl von Matratzen kann so von einer geübten Wärteperson in geradezu unglaublich kurzer Zeit vorgenommen werden. Vor allem wird die meist recht kostspielige Arbeit des Tapezierer (Sattlers, bezw. Matratzenmachers) durch diese Einrichtung vermieden und so, wenn dieselbe weiteren Eingang in unsere Hausstände findet, dem wichtigen hygienischen Faktor einer öfteren Betterneuerung in grösserem Umfange Rechnung getragen, als das leider bei uns in Deutsch-

*) Es wurde langfaserige Holzwolle Marke II-E durch Vermittelung der Firma Ludwig Thiele in Mannheim, Vertreter der Holzstofffabrik Gebr. Bey in Wendisch-Eschenbach (Bayern) zum Preise von M. 9,50 pro Doppelcentner bezogen.

land — im Gegensatz zu der Gewohnheit in Frankreich und im Elsass — der Fall zu sein pflegt.*)

Dem Princip dieser Einrichtung steht natürlich auch die Wahl eines anderen Füllmaterials (Rosshaar, Seegras) statt der Holzwolle nicht entgegen, dessen Auswechselung dann nicht minder einfach ist.

Bei Rosshaarfüllung empfiehlt es sich, kleine runde Tuchfleckchen, die unten mit einer Seidenschlinge versehen sind, mittelst der fortlaufenden Schnur auf der Oberseite der Matratze jeweils zur Deckung der Schnürlöcher aufzunehmen, um ein empfindliches Durchstechen der Rosshaare durch das Betttuch hindurch zu verhindern.

In ähnlicher Weise, wie beschrieben, werden Kopfrollen bezw. Fussrollen und Keilkissen hergestellt.

Für Unreinliche empfiehlt es sich, hängend oder auf Füssen stehend und den mittelsten Matratzentheil, der bei einiger Aufmerksamkeit ausschliesslich durchnässt zu werden pflegt, nach beiden Enden überragend unter dem Bett ein schräg abfallendes, mit Rinnen, Rand und Ablauf versehenes Tropfbrett anzubringen, um den durchsickernden Urin in einem untergestellten Gefässe aufzufangen und eine Durchtränkung des Boden während der Nacht zu vermeiden.

Am Betttuche werden zweckmässig, um ein Verrutschen zu verhüten, die 4 Zipfel zu einer einem Pappkarton-Deckel ähnlichen Form rechtwinklig dadurch vereinigt, dass man die durch die Verlängerung der 4 Kanten des Bettrahmens, die man sich auf das Betttuch aufgetragen denkt, entstehenden Quadrate an den Zipfeln ausfallen lässt und die gleichfalls entstehenden 4 länglichen Seitenrechtecke an ihren schmalen Seiten mit einander vernäht.

Das Betttuch liegt so vollständig unverschieblich fest und verunziert, da es sich glatt und viereckig zusammenlegen lässt, auch den Wäscheschrank nicht, worauf Hausfrauen und weibliches Personal mit Recht einen gewissen Werth legen. Kopf- und Fussrolle sind durch Bänder lose an den Bettpfosten befestigt.

Die Bettdecke besteht zweckdienlich aus einem Wollteppich, der nur auf der inneren Seite einen Leinenbezug trägt, welcher futteralartig oben und unten jenen übergreift und mittelst Bändern an ihm befestigt ist. Auch hier ist so ein leichtes Auswechseln und damit grösste Reinlichkeit gewährleistet. In der kalten Jahreszeit können 2 solcher Decken übereinandergelegt Verwendung finden, von denen die untere, wie der Ueberzug an correspondirenden Stellen mit je einem Bande, die obere mit umsäumten Löchern versehen ist, um das Durchziehen des unteren Bandes und Verknüpfen mit dem oberen zu gestatten. Die Anordnung ist so getroffen, dass die Bandschleifen verdeckt zu liegen kommen und vom Geisteskranken und Verblödeten, die derartige Dinge gern abreissen und in den Mund nehmen, nicht leicht gefunden oder wenigstens nicht beachtet werden.

Ein Modell eines in dieser Weise complet eingerichteten Krankenbettes ist auf Veranlassung des Herrn Prof. Martin Mendelsohn der Krankenpflege-Sammlung der Königl. Charité in Berlin übergeben worden.

Erwähnenswerth dürfte schliesslich noch sein, dass für den grösseren Theil der unreinlichen Kranken, die ja nicht dauernd an das Bett gefesselt sind, dem Bedürfniss nach einer Sitzvorrichtung Rechnung zu tragen gesucht wurde, die die Nachtheile der früher vielfach gebrauchten „Zwangsstühle" (nach Art der sogen. Topfstühle für kleine Kinder) entbehrt.

Es geschah das in der Weise, dass an einem einfachen Holzsessel mit Rücken- und Seitenlehnen der Sitz durch ein verzinktes Drahtgeflecht mittlerer Maschenweite ersetzt und über diesen ein nach Art der vorher beschriebenen Matratzentheile gearbeitetes Holzwollekissen gelegt wird, das fortwährendes Auswechseln nach Bedarf gestattet. Ein unter den Stuhl gestelltes Gefäss fängt den ablaufenden Urin auf. Am Stuhl oben und unten mit Bändern befestigte Wollteppiche verhüllen und erwärmen die durch das für beregte Zwecke erforderliche Arrangement der Kleider entblössten Körpertheile und erschweren es zugleich ohne Anwendung eines unhumanen Zwanges, dass verblödete Kranke unmotivirt und ohne Weiteres den ihnen angewiesenen Sitz verlassen. Autoreferat.

Professor Wollenberg-Tübingen: Ueber Stirnhirntumoren. Der Vortr. ist zu seinen Ausführungen veranlasst worden durch einen Fall von Stirnhirntumor, bei dem die psychischen Erscheinungen einen besonders breiten Raum einnahmen.

Es handelte sich um einen 26jährigen Metzger, der ohne besondere Ursache im October 99 mit Kopfschmerz, Uebelkeit und gelegentlichem Erbrechen erkrankte, worauf etwa 1 Jahr später der erste Krampfanfall, beginnend mit Verdrehung des Kopfes und der Augen nach links eintrat. Weiterhin traten psychische Störungen derart in den Vordergrund, dass Patient auf einer Irrenabtheilung untergebracht werden musste. Hier wurde ein tobsüchtiger Erregungszustand mit Grössen- und Verfolgungsideen beobachtet, ausserdem wiederum ein Krampfanfall epileptischen Characters.

In der Tübinger psychiatrischen Klinik, in welcher der Kranke sodann vom 14. März 1901 bis zu seinem Tode am 6. Oktober 1901 untergebracht war, wurden von körperlichen Störungen festgestellt: beiderseitige Stauungspapille, gelegentliches Erbrechen; vorübergehende Schwäche der linken oberen Extremität, allmählich hervortretende dauernde Parese des linken unteren Facialisgebietes; zeitweilig ausgesprochene statische Ataxie; dazu subjectiv heftiger Kopfschmerz bald in der Stirn- bald in der Hinterhauptsgegend. Das geistige Verhalten kennzeichnete sich durch eine habituelle Reizbarkeit, zeitweilige Euphorie mit Neigung zum Witzeln, und vorübergehende Zustände theils leichterer maniakalischer Exaltation, theils ausgesprochener Tobsucht, zum Theil ungeheuerlichen Grössenideen. — Bei zweimaliger Lumbalpunktion ergab sich erhebliche Drucksteigerung.

Die Diagnose wurde aus den Allgemeinerscheinungen, dem Auftreten von Krämpfen, die mit Drehung des Kopfes und der Augen nach links begannen, der linksseitigen Facialis-Parese, der statischen Ataxie und, in letzter Linie, aus dem psychischen Verhalten

*) Die Firma Eduard Speiser in Sonheim liefert 3 in dieser Weise hergestellte Matratzentheile ohne Füllung je nach der Qualität des verwendeten Drells zum Preise von ca. 10 M.

mit Wahrscheinlichkeit auf einen Tumor des rechten Stirnhirns gestellt, eine entsprechende Operation in Erwägung gezogen, von dem Kranken aber zunächst abgelehnt und später durch den plötzlichen Tod vereitelt.

Die Section ergab das Vorhandensein eines gut apfelgrossen Tumors, welcher das rechte Stirnhirn von aussen und unten her bis auf etwa die Hälfte seines Volums comprimiert hatte.

Der Vortragende erörtert sodann unter Hinweis auf einen weiteren Fall seiner Beobachtung die Schwierigkeiten der Diagnose in manchen Fällen von Stirnhirntumor, in denen wie in dem seinigen eine Verwechslung mit Epilepsie sehr nahe liegt, und geht näher ein auf die Bedeutung der psychischen Störungen bei Hirntumoren im Allgemeinen, bei Stirnhirntumoren im Besonderen.

Im Anschluss an die neueren statistischen Arbeiten von Gianelli, Schuster u. A. wird die Häufigkeit des Vorkommens geistiger Störung bei Tumoren der verschiedenen Hirngebiete besprochen, unter denen das Stirnhirn in dieser Beziehung mit in erster Reihe steht. Im Anschluss an Oppenheim, Bruns, Schuster u. A. betont Wollenberg, dass die allgemeine Benommenheit ohne active psychische Symptome die häufigste Art der geistigen Störung beim Hirntumor sei, und erörtert dann im Anschluss an seinen Fall, sowie an die sonstigen in der Litteratur mitgetheilten Fälle die Frage, ob es eine für die Stirnhirntumoren einigermaassen characteristische Form der Geistesstörung gebe. Vortragender meint, seinem subjectiven Eindruck nach, diese Frage in dem Sinne bejahen zu müssen, dass das eigenthümliche Verhalten, welches bereits von M. Bernhardt bei Tumoren der vorderen Schädelgrube erwähnt, dann besonders von Jastrowitz gewürdigt und als Moria beschrieben, von Oppenheim („Witzelsucht"), L. Bruns, Hitzig, Hoeniger, ihm selbst und anderen Autoren bei Stirnhirntumoren beobachtet worden ist, und, wie er mit Schuster annimmt, je nach dem Grade, als einfache Euphorie, Witzelsucht oder eigentliche Moria in die Erscheinung tritt, bei Stirnhirntumoren verhältnissmässig häufig sei.

Da es indessen sowohl Stirnhirntumoren ohne die „hypomanische" (Schuster) Störung, als auch Tumoren anderer Hirngebiete mit dieser gebe, so sei man nicht berechtigt, auf Grund dieses psychischen Verhaltens allein die Diagnose auf Stirnhirntumor zu stellen. Immerhin könne es aber ein verwerthbares localdiagnostisches Hilfsmoment bilden, wenn andere Erwägungen auf einen derartigen Sitz der Erkrankung hinweisen.

Zum Schluss betont Vortragender, dass es durchaus erforderlich sei, Fälle von Hirntumor in psychischer Beziehung genauer zu beobachten, als es besonders in den älteren Beobachtungen zumeist geschehen sei, da nur eine ad hoc angelegte Statistik zur Klarstellung der hier noch offenen Fragen führen könne.

Dr. Max Weil-Stuttgart stellt eine 41 jährige Frau vor, bei der seit Oktober 1900 heftige Kopfschmerzen im Hinterkopf und auf dem Scheitel, manchmal in die Stirngegend ausstrahlend, verbunden mit Erbrechen bestanden. Im Mai 1901 Abnahme des Sehvermögens rechts mehr wie links. Erste Untersuchung Anfangs Juni 1901: Beiderseits Neuritis optica rechts stärker als links, aber keine Lokalsymptome. In den nächsten 3 Wochen traten folgende Symptome hinzu: Ausbildung einer starken Stauungspapille rechts stärker wie links, circumscripte percutorische Empfindlichkeit am Schädel rechts in der Schläfengegend, Verlust des Geruchs rechts, Parese des linken Mundfacialis, Fehlen des linken Abdominalreflexes, hochgradige Ataxie von typisch cerebellarem Charakter mit der Neigung nach links zu fallen, keine Rumpfmuskelschwäche. Im weiteren Verlauf eigenthümliches psychisches Verhalten, Euphorie mit Witzelsucht; die linksseitge Facialisparese schwankte in der Intensität, ebenso die Ataxie. Auf Grund dieser Symptome wurde die Diagnose auf Tumor des rechten Frontallappens gestellt, von dem in Anbetracht der circumscripten percutorischen Empfindlichkeit des Schädels anzunehmen war, dass er nicht zu weit vom Knochen entfernt war. Entscheidend für die Lokaldiagnose war die circumscripte percutorische Empfindlichkeit rechts, die statische Ataxie, die linksseitige Monoplegia Facialis, die Aufhebung des Geruchs rechts. Die psychischen Symptome waren geeignet, die Diagnose zu stützen. Am wahrscheinlichsten erschien ein Sarcom; bezüglich der Ausdehnung des Tumor konnte man sagen, dass er wohl kaum noch die Zentralwindung erreicht hatte.

Am 26. Juli 1901 Operation durch Professor Dr. Steinthal. Bildung eines Weichtheilknochenlappens in der rechten Schläfengegend. Nach Eröffnung der Dura lag der Tumor zu Tage und liess sich glatt stumpf herausschälen; er hatte die Grösse eines Hühnereis und erwies sich als ein Fibrosarcom. In der Umgebung des Tumor noch 2 kleinere desselben Charakters, die entfernt wurden. Sofortige Besserung der subjektiven Beschwerden, die Stauungspapille ging zurück, das Sehvermögen hob sich. Nach 3 Wochen wiederum Zunahme der Stauungserscheinungen im Augenhintergrund mit Abnahme des Sehvermögens ohne sonstige Beschwerden. Bei dem fieberlosen Verlauf war ein Recidiv wahrscheinlich. Wiedereröffnung am 4. September 1901 und Entfernung zweier weiterer Tumoren von der Grösse einer kleinen Wallnuss; danach glatte Heilung. Die Patientin fühlt sich seitdem sehr wohl, das Sehvermögen hob sich jedoch nur bis zum Erkennen von Handbewegungen (ophthalmoscopisch Atrophia N. opt.); aber Patientin ist im Stande, fast ohne fremde Hilfe alle gröberen Haushaltungsarbeiten zu verrichten. — Vor 6 Wochen, direkt nach dem Heben einer schweren Last, epileptiformer Anfall; z. Z. jedoch keine allgemeine oder Lokalsymptome nachzuweisen, die auf ein Recidiv schliessen liessen. — Der Vortragende weist darauf hin, dass dieser Fall, wie auch einige andere, zeigen, dass man unter Umständen auch Tumoren des rechten Frontallappens mit Sicherheit diagnosticiren könne. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass bei der Patientin trotz hochgradiger Ataxie keine Rumpfmuskelschwäche vorhanden war; über die Witzelsucht

als Lokalsymptom der Stirnhirntumoren spricht er sich aus verschiedenen Gründen mit Reserve aus; die statische Ataxie sei zweifellos ein Lokalsymptom. (Ausführliche Mittheilung folgt). —

Den Schluss der ersten Sitzung bildete die Demonstration und Erläuterung der Pläne der neuen Staatsirrenanstalt bei Weinsberg durch Med.-Rath Dr. Dietz im Anschluss an die in oben genannter Zeitschrift von ihm veröffentlichten allgemeinen Gesichtspunkte, welche für die Errichtung einer weiteren württembergischen Anstalt überhaupt, wie im Einzelnen für die Art der Ausführung derselben, (Pavillonstyl) und die Wahl des Bauplatzes maassgebend waren. Die Anstalt in Weinsberg ist für 500 Kranke bestimmt, mit je 250 Männer und Frauen. Hälftig ist auch die Trennung der „geschlossenen" (Aufnahme und Ueberwachungshäuser, halbruhige Häuser und Lazarethe), und der „offenen Anstalt", also ebenfalls mit je 250 Betten. Männer- und Frauenabtheilung sind durch eine mittlere neutrale Zone getrennt, in welcher sich Verwaltungsgebäude und Kirche befinden. Die Gesammtzahl der Gebäude beträgt 33. Die maschinellen Betriebe sind möglichst concentrisch angelegt, Küche und Waschküche so, dass sie trotzdem leicht zugänglich sind; für den Speisetransport ist eine Rollbahn in Aussicht genommen.

Die Zahl der Krankenhäuser beträgt 18. Die ungefähr kreisförmige Anlage derselben erleichtert auch räumlich einen stufenweisen Uebergang von den Aufnahme- und Ueberwachungshäusern zur offenen Anstalt und freien Behandlung. Der seitherige Gutshof wird als Colonie betrieben werden.

Wasserversorgung: 400 Ltr. pro Kopf und Tag, event. ohne Schwierigkeiten noch zu erhöhen. Elektrische Beleuchtung; Zentral-Heizung in Form der Gruppenheizung von 3 Zentren aus. — Abwasserreinigung nach biologischem Verfahren. Gesammtkosten der Anstalt: 3 Mill. Mark. Eröffnung theilweise am 1. October 1903, ganz 1. April 1904.

Die in Aussicht genommene Besichtigung der im Rohbau nahezu fertigen Anstalt musste des schlechten Wetter's wegen leider unterbleiben.

Abends 7 Uhr vereinigten sich dann etwa 80 Theilnehmer zu dem im Hotel Marquardt veranstalteten Festessen, in dessen Verlauf San.-Rath Dr. Wildermuth die Theilnehmer im Namen der Geschäftsleitung, San.-Rath Dr. Fauser im Namen der Stadt und Dr. Weil im Namen des ärztlichen Vereins begrüssten. In längerer Erwiderung dankte Geh.-Rath Schüle von Illenau und gab einen Ueberblick über das, was in Württemberg und von Württembergern für die Psychiatrie geleistet worden sei. Er erwähnte, dass vor 33 Jahren die 2. Versammlung des Vereins auch in Stuttgart getagt habe. Damals waren es 10 Theilnehmer!

Am Sonntag Vormittag $8^1/_2$ Uhr vereinigte man sich im Bürgerspital, um unter der Leitung von Sanitätsrath Dr. Fauser die Irrenabtheilung mit den im Sommer vollendeten Anbauten zu besichtigen. Dann wurde die Versammlung unter dem Vorsitz von Med.-Rath Dr. Kreuser fortgesetzt, indem dieser zunächst ein Begrüssungsschreiben des Stadtdekans von Braun vorlas. Zunächst wurden einige geschäftliche Angelegenheiten erledigt und für den Ort der nächstjährigen Zusammenkunft Karlsruhe gewählt. Sodann wurde mit überwiegender Mehrheit eine Resolution gegen den Erlass des kgl. preuss. Justizministeriums vom 1. Oct. v. J. gefasst, der anordnet, dass der Gerichtsarzt zu Entmündigungssachen regelmässig zu wählen sei. Der Beschluss (s. S. 351 Nr. 32) wurde zur weiteren Verarbeitung dem Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte übergeben. — Den 1. Vortrag hielt sodann San.-Rath Dr. Fauser über die Einrichtung und den Betrieb der Irrenabtheilung des Bürgerspitals. Nach einer kurzen Beschreibung der baulichen Einrichtungen, namentlich der Wachabtheilung, folgten Angaben über die Aufnahmeziffern, die Krankheitsformen, die Heilresultate, über das Pflegepersonal und die Aufnahmestatuten. Seit der Errichtung der neuen Anstaltsgebäude im Jahre 1894 haben sich die Neuaufnahmen von Kranken um reichlich 100 % vermehrt, während das Aufnahmegebiet sich nur um 30 % vergrössert hat. Im letzten Jahre wurden in der Anstalt 221 Kranke verpflegt, von denen 96 nach anderen Anstalten verbracht und 119 wieder als geheilt, zum Theil auch als ungebessert nach Hause entlassen wurden. 6 Patienten sind gestorben. Mit dem Anschluss der Irrenabtheilung an die Krankenabtheilung wurden nur günstige Erfahrungen gemacht. Dagegen sei es nicht angängig, dass bei Ueberfüllung der Irrenabtheilung Geisteskranke im Krankenhause Aufnahme finden, weil durch deren Verhalten die im letzteren herrschende Disciplin gefährdet werde. Als vortrefflich habe sich erwiesen, die aus der Irrenabtheilung als genesen Entlassenen noch kurze Zeit im Krankenhause zur Beobachtung zu behalten.

Privatdozent Dr. Gaupp-Heidelberg sprach über die Grenzen der psychiatrischen Erkenntniss.

Dir. Frank-Münsterlingen: Ueber den Heilwerth der Hypnose. (Suggestivtherapie.)

Vortragender geht zunächst den Gründen nach, welche die nur geringe Ausbreitung der suggestivtherapeutischen Methode bedingen, und findet als solche: 1. den Umstand, dass die Suggestivtherapie gleich nach ihrem Bekanntwerden von vielen nicht genügend vorgebildeten Aerzten angewendet wurde, und somit bei der allgemeinen Publikationswuth sehr viele Fälle veröffentlicht wurden, die vor der exact wissenschaftlichen Kritik nicht bestehen konnten; 2. dass die Ausbildung der Aerzte auf den Universitäten in den einschlägigen Gebieten, so in der Psychologie, Psychophysiologie, Neurologie und Psychiatrie, eine zu mangelhafte ist, während doch die meisten suggestiv-therapeutisch zu behandelnden Fälle zum Internen kommen statt zum Neurologen oder Psychiater; und 3. dass der Arzt, der die suggestive Behandlung mit Erfolg anwenden will, gewisse quasi künstlerische Fähigkeiten haben muss, wie sie auch nicht ein jeder aufweisen kann. Er muss imstande sein, schnell und sicher zu beobachten und zu kombiniren, muss sich schnell und gut concentriren und auch eine grosse Ausdauer haben. — Auf diese Gründe führt F. auch die vielen abfälligen Kritiken der medicinischen Autoritäten über den Heilwerth der hypnotischen Me-

thode zurück, indem er den Worten Forels in der 1. Auflage seines „Der Hypnotismus und die Suggestivtherapie": „Prüfe nach, bevor du urtheilst!" noch hinzufügt: „wenn du dazu befähigt bist." Er verlangt weiterhin, dass man die Aerzte auf den Universitäten entsprechend, also psychologisch und pychophysiologisch, vorbilde, und nach Forel'schem Muster die Methoden der Suggestivtherapie in Verbindung mit einer Klinik oder Poliklinik lehre. Hiermit verbindet Fr. jedoch nicht etwa den Zweck, alle Aerzte zu Suggestivtherapeuten machen zu wollen, sondern er beabsichtigt nur, neben der Gewinnung weiterer Resultate für die Psychologie, zu ermöglichen, dass bei recht vielen Patienten die richtige Diagnose gestellt werde, damit dieselben dann dem Specialarzt zur heilungbringenden Behandlung zugeführt werden können, sowie dass auch die Aerzte einsehen lernen, worauf die Heilwirkung sehr vieler ihrer sonstigen Heilmittel beruht, nämlich auf der Suggestion. Und wenn sich der Vortr. auch von dem Heilwerth der hypnotischen Methode für die Psychosen nicht viel verspricht, so hält er doch ihre Anwendung in einzelnen Fällen für durchaus angezeigt, wie er sie selbst auch bisweilen bei Psychosen mit Erfolg angewendet hat. So führt er einen diesbezüglichen Fall von Prof. von Speyr an und erwähnt auch 2 derartige Fälle aus seiner eigenen Praxis. In dem einen handelt es sich um eine Erschöpfungspsychose bei einer 31 jährigen Bauersfrau. Dieselbe hatte sich von einem Abortus nach einer 14 wöchentlichen Gravidität und dabei stattgefundenen starken Blutverlusten nur langsam erholt, zeigte vor allem Schlaflosigkeit und hatte seit 8 Tagen vor der Aufnahme Gesichts- und Gehörstäuschungen. Pat. wurde am 2. Tage ihres Anstaltsaufenthalts, als sie gerade lucid war, hypnotisirt, schlief darauf Nachts gleich gut und verlor auch nach noch 2 Sitzungen völlig ihre Sinnestäuschungen. Sie konnte bereits nach 15 Tagen als gesund entlassen werden, nachdem auch ihr Schlaf weiterhin stets gut geblieben war, und ist sie auch seitdem — es sind jetzt 6 Jahre verflossen — gesund geblieben. Der 2. Fall betrifft einen 11 jährigen Knaben, der von der Schulvorsteherschaft vom Schulbesuch ausgeschlossen werden sollte, weil er im Schulzimmer Stuhlgang hatte, ohne es zu beachten. Eine organische Ursache liess sich für das Leiden nicht finden, aber es gelang F., in hypotaktischem Zustand zu eruiren, dass der erwähnte Zustand aus dem 7. Lebensjahr des Knaben stammte. Es war ihm damals, als er neben seiner gerade mit Fettschmelzen beschäftigten Mutter stand, ein Tropfen heissen Fettes auf die entblösste Brust gespritzt. Der dadurch verursachte Schreck hatte dann eine unbeabsichtigte Defäcation ausgelöst und diesen Zustand der nicht gefühlten Defäcation auch bis zum Tage der Untersuchung unterhalten. Nachdem Vortr. dies eruirt hatte, gelang es ihm nun durch entsprechende energische Suggestionen in 2 Sitzungen, den krankhaften Zustand für immer aufzuheben. —

Dr. Bezzola, Ermatingen (Schloss Hard). Casuistischer Beitrag zum Heilwerth der Psychotherapie. Knabe aus gesunder Familie, nur Mutter vasomotorisch sehr erregbar. Selbst von Kind auf etwas nervös, besonders auch sexuell früh entwickelt. Musste wegen zu starken Wachsthums aus der Realschule wegbleiben, litt an immerwährender Müdigkeit und nervösen Gliederzuckungen. Später stark entwickelte Phantasiethätigkeit und impulsive Handlung, schiesst sich eine Kugel in den Arm und behauptet, es habe ein grosser magerer Mann auf ihn geschossen. Polizei sucht überall, kann keine Spuren davon finden. Zuletzt Pat. als Betrüger bestraft und eingesteckt, halb schuldbewusst. Zwei Jahre darauf Streit mit Kameraden, sehr aufgeregt, schläft ein, wird von einem Kameraden geweckt, der ihm etwas ins Ohr flüstert, verfällt in grosse Aufregung und zuletzt Krämpfe mit Bewusstseinsverlust, die sich einige Tage nach einander wiederholen. Diagnosen: Epilepsie, Hysteroepilepsie, Hysterie mit entspr. Behandlungsvorschlägen.

Beginn der Behandlung: 19. März 1902. Beobachtung ergiebt grosse Erregbarkeit, Stimmungswechsel, vermehrte Phantasiethätigkeit, Selbstvorwürfe wegen verlorenem Leben, Amnesie für die Anfälle, keine Defecte. Hypnose durch Verbalsuggestion leicht hervorzubringen. Somnambulismus mit nachheriger Amnesie. Situation beim Schlafzustand vor den Krämpfen: Traum, dass sein Mädchen von einem Kameraden erschossen wird und dass er selbst mit demselben auf Leben und Tod ringt. Berichtet in der Hypnose über diesen Kampf in sehr erregter Weise, sodass man sieht, er träumt den Traum wieder durch. Stöhnt, ächzt, wechselt die Farbe, wälzt sich hin und her, ballt die Fäuste, macht einen sehr unheimlich drohenden Eindruck. (Beobachtung stenographisch aufgenommen.) Nach und nach Ruhe. Auf Befragen sagt er, der betr. Kamerad habe ihm ins Ohr geflüstert: „Was ist denn los? — Mach doch kein Unsinn! — Gut' Nacht!"

Dieselbe Szene spielt sich nun in jeder folgenden Hypnose, aber immer mehr abgekürzter Form und immer ruhigerer Art und Weise ab, bis Pat. die Geschichte erzählt, wie wenn er sie in der Zeitung lesen würde. Bezüglich des geheimnissvollen Verbrechers gelingt es im hypnotischen Schlafe zu eruiren, dass der „grosse Mann" sein „Vetter" in Stuttgart war. Mit demselben hatte er als ganz junger Knabe — vor 12—13 Jahren — im Walde Versteckspiele getrieben und war dabei erschreckt worden, indem er, genau wie nachher bei der Vision, hinter einem Baume hervorgetreten war. Der Schreck war klein gewesen, aber nachher zeigten sich die nervösen Erscheinungen.

Im wachen Zustande amnestisch, auch für das in der Hypnose aus der Erinnerung hervorgeholte Geheimniss des „grossen Mannes". Erst am Schluss der Behandlung wird Pat. die hypnotische Suggestion gegeben, seinen Eltern successive Aufklärung über die verschiedenen Geheimnisse seines Lebens zu geben und beim Frühstück die Geschichte vom Versteckspiel, beim Mittagessen die Revolveraffaire, beim Nachtessen die Traumaffaire in ihrem Zusammenhange mit den unbewussten Vorgängen zu erzählen, was er in verblüffender Weise thut, unter der Angabe, die Sachen seien ihm soeben eingefallen.

Pat. ist bisher frei von nervösen Erscheinungen geblieben und nach den Angaben seiner Eltern sowohl als nach seinen eigenen ein anderer Mensch geworden. Er hat den Sommer über mit Lust und Fleiss gearbeitet und das gefürchtete Examen zum Einjährig-Freiwilligen bestanden, vor dem er so Angst hatte, dass Ref. es für gut fand, ihn einige Male dasselbe in der Hypnose durchmachen zu lassen. Pat. glaubt, dass dieses Gewöhnen an eine gefürchtete Situation ihm von grossen Nutzen gewesen sei, obwohl die Gründe andere waren.

Krauss-Kennenburg: Ueber Vererbung von Geisteskrankheiten.

Die Annahme, das das Darwinsche Gesetz der Vererbung auch für die Form der Geistesstörung Geltung habe, bestätigt sich nicht nach den Befunden bei den Kranken der psych. Klinik in Heidelberg und an der Heilanstalt Kennenburg. Es fanden sich vielmehr gleichartige Vererbung von der Gesammtzahl der Fälle bei Eltern und Kindern nur in 70%, bei Geschwistern nur in 69,6%, bei Geschwisterkindern nur in 46,5% der Fälle. Es ergiebt sich damit eine überwiegende Zielstrebigkeit im Sinne einer Degenerescenz der Krankheitsform der Descendenz, eine Beobachtung, die auch dadurch ihre Bestätigung findet, dass sämmtliche überhaupt zur Beobachtung gelangten Descendenten mit einer einzigen Ausnahme in meist wesentlich jüngerem Alter zur Aufnahme gelangten, als die Ascendenten. Auch der Verlauf scheint sich entschieden bei der Descendenz ungünstiger zu gestalten als bei der Ascendenz.

Dr. Hess-Stephansfeld: Ueber hysterisches Irresein. (Ist in Nr. 36 dieser Wochenschrift als Original erschienen.)

Dr. Rühle-Winnenthal: Nichtparalytische Geistesstörung neben Tabes.

Seit den ersten Veröffentlichungen über das Vorkommen von Tabes und progress. Paralyse bei ein und demselben Individuum durch C. Westphal i. J. 1878 und den 3 Jahre später über diese Frage angestellten Untersuchungen durch Moeli hat sich ein lebhaftes Interesse für diese Combination zweier Erkrankungen des Centralnervensystems in den psychiatrischen Kreisen geltend gemacht und zu zahlreichen einschlägigen Arbeiten Veranlassung gegeben. Allmählich kam man durch Beobachtung gleichartiger patholog.-anatom. Befunde im Rückenmark der Erkrankten und in Berücksichtigung des wahrscheinlich beiden Erkrankungen zu Grunde liegenden gemeinsamen aetiologischen Factors zu der Ueberzeugung, dass zwischen beiden innige Beziehungen bestehen müssten, und von einer grossen Zahl von Forschern wird geradezu die Identität von Tabes und Paralyse behauptet. Vortr. bespricht nun 2 Fälle von echter Tabes, denen sich psychopathologische Erscheinungen zugesellt hatten, die sich nicht in das Bild der progress. Paralyse einfügen lassen.

Der eine Fall betrifft ein Individuum, bei dem neben der seit 9 Jahren bestehenden Tabes sich ein vollkommen systematisirter uncorrigirter Wahn ausgebildet hat und nun seit bereits 5 Jahren in unveränderter Weise fortbesteht. (Der Fall wurde demonstrirt auf der Versammlung württemb. Nerven- und Irrenärzte am 29. Juni 1901. Referirt darüber in Nr. 53 der psych. Wochenschrift 1902.)

Der zweite Fall betrifft einen 46j. Beamten. Sehr intelligenter Mann. Psychische und physische Ueberanstrengung im Dienst. Lues nicht nachgewiesen. Vor $3^1/_2$ Jahren Beginn der Tabes, vor bald 2 Jahren der psychischen Störung. Ausbildung eines deutlichen Beziehungs- und Verfolgungswahnes auf Grund zahlreicher Gehörstäuschungen. Oertlich und zeitlich vollkommen orientirt, intellectuelle Fähigkeiten, Urtheilskraft — soweit nicht unmittelbar mit seinem Wahn zusammenhängend — ungeschwächt, vollständiges Fehlen irgend welcher „geistigen Schwäche", intactes Gedächtniss sowohl für die frühere Vergangenheit als auch für die jüngste Zeit, keinerlei Grössenideen, richtige Beurtheilung seiner financiellen Lage, rasches und sicheres Rechnen. Der Kranke interessirt sich lebhaft für Zeitereignisse und Tagesfragen, seine ethischen Gefühle sind unverkümmert, sein Benehmen tactvoll, ist stets sorgsam gekleidet. Vollkommene Krankheitseinsicht für Tabes.

In beiden Fällen bieten die psychischen Störungen nichts von dem, was zur Diagnose einer progress. Paralyse erforderlich wäre; sie zeigen vielmehr seit 5 bezw. 2 Jahren ein ausgesprochen paranoisches Gepräge. Vortr. kommt zu dem Schluss, dass es keine gesetzmässigen Beziehungen sind, in denen die klinischen Bilder von Tabes und Paralyse zu einander stehen und dass darum die Lehre von der Identität beider noch nicht als erwiesen gelten darf.

Wilmanns-Heidelberg. Psychose der Landstreicher.

Das Material, das dem Vortrage zu Grunde liegt, besteht aus 120 Geisteskranken, professionellen Landstreichern. Infolge der vorgerückten Zeit beschränkt sich der Vortr. darauf, die Bedeutung hervorzuheben, welche der Dementia praecox in der Zusammensetzung des gewohnheitsmässigen Vagabondenthums zukommt. Er unterscheidet drei Gruppen: die erste Gruppe wird von ursprünglich geistig und körperlich gesunden, sesshaften Persönlichkeiten gebildet, die in geordneten Erwerbsverhältnissen lebten, bis dass sie meist zwischen dem 20. und 30. Jahre von einer schwereren, acuten Psychose befallen wurden, nach deren unvollkommenen Heilung sie in die Landstreicherlaufbahn geriethen. Hochgradiger Schwachsinn, Wahnvorstellungen oder eine acute hallucinatorische Erregung im Arbeitshause führten oft erst nach Jahrzehnten ihre endliche Aufnahme in der Klinik herbei. — Eine zweite Gruppe bilden ebenfalls ursprünglich sociale Elemente, die sich, ohne dass eine ausgesprochene geistige Störung vorhanden war, ziemlich plötzlich oder mehr allmählich ohne erkennbaren Grund einem unsteten und unregelmässigen Leben hingaben und zu gewohnheitsmässigen Vagabonden wurden. Erst im Laufe von Jahren und Jahrzehnten und oft erst nach häufigen Internirungen in Correctionshäusern traten activ psychotische Erscheinungen auf oder wurde der Schwachsinn als so hochgradig erkannt, dass eine Ueberfüh-

rung in eine Anstalt nothwendig erschien. — Die dritte Gruppe endlich setzt sich aus von Haus aus pathologischen Persönlichkeiten zusammen, bei denen schon in frühester Jugend sittliche und intellectuelle Defecte vorhanden waren, die nach meist unvollkommener Schulausbildung kein Handwerk erlernten, schon früh ins Vagabondiren geriethen und nach massenhaften Störungen wegen Verbrechens gegen die Person und das Eigenthum, Betteln und Landstreichens, nach häufigen Internirungen in Gefängnissen, Zucht- und Correctionthäusern ausgesprochen geisteskrank und in die Irrenanstalt überführt wurden, die geringeren sehr häufig mit dem Symptomencomplex der Kalbaum'schen Katatonie, die älteren unter dem Bilde der alten hebephrenischen Verblödung.

Dr. Feldmann giebt einen Ueberblick über die seit dem Jahr 1895 auf der Irrenabtheilung des Bürgerhospitals behandelten 71 Fälle von acuter Geistesstörung der Gewohnheitstrinker. Unter 101 Alkoholikern, darunter 10 weiblichen, wurden aufgenommen:

40 (6 weibl.) wegen chronischen Alkoholismus,
11 „ pathologischer Rauschzustände,
14 (2 weibl.) „ acut. halluc. Wahnsinns d. Trinker,
36 (2 „) „ Delirium tremens.

Referent geht nur auf die letzten 2 Gruppen näher ein. Bei den 14 Patienten mit acutem hallucinatorischem Wahnsinn wurden bei 12 einfachen und 2 mehrfachen Aufnahmen insgesammt 20 Anfälle beobachtet.

Bei den aus der Irrenabtheilung nach Hause entlassenen Kranken dauerte der Aufenthalt im kürzesten Fall 4, im längsten 21, im Durchschnitt 17 Tage.

Wegen Delirium tremens wurden 36 Personen, davon 7 mehrmals aufgenommen, so dass im ganzen 51 Anfälle beobachtet wurden.

Die körperliche Untersuchung der Kranken ergab im Widerspruch zu den sonstigen Erfahrungen sehr wenig schwere Complicationen, insbesondere keine Pneumonie und nur eine schwere Verletzung.

Bei 4 Anfällen erfolgte der Ausbruch des Deliriums erst nach dem Eintritt auf die Irrenabtheilung des Bürgerhospitals, darunter befindet sich auch ein Rückfall im Bürgerhospital, dessen Einzelheiten der Berichterstatter näher vorträgt.

Alkohol wurde nur in 4 Fällen verabreicht und zwar geschah dies derart, dass bei hochgradiger Herzschwäche neben andern Excitantien kleine Dosen Wein gegeben wurden. Auch von Narcoticis wurde nur mässiger Gebrauch gemacht, Sulfonal, Trional und Paraldehyd gelangten wiederholt in geringen Mengen zur Anwendung. Chlaralhydrat wurde nie gegeben. In einzelnen Fällen wirkten hydrotherapeutische Prozeduren sehr günstig ein. Unter dieser Behandlung trat die Orientirtheit durchschnittlich nach 3,6 Tagen ein. Die Entlassung erfolgte in beinahe $^2/_3$ der Fälle in den ersten zwei Wochen, im Durchschnitt nach 13,7 Tagen. Ein Fall, den der Vortragende ebenfalls genauer schildert, gelangte zum exitus letalis.

Der Berichterstatter führte zum Schluss an, dass das Delirium tremens zu denjenigen Krankheiten gehöre, die sich ganz besonders zur Behandlung in den Irrenasylen der grösseren Städte eignen und zwar aus folgenden Gründen:

1. Das Delirium tremens ist meistens von sehr kurzer Dauer.

2. Trotzdem ist es fast unmöglich, derartig Kranke im Hause zu behandeln; andererseits lassen sich die für die Aufnahme in eine eigentliche Irrenanstalt nothwendigen Formalitäten häufig nicht mit der gewünschten Schnelligkeit vollziehen, auch erscheint die Vermeidung eines längeren Transportes bei dieser Krankheit besonders wünschenswerth.

3. Im Irrenasyl lässt sich die sofortige, vollkommene Entziehung des Alkohols beinahe in allen Fällen durchführen. Bei sorgfältiger Behandlung des Kranken tritt trotzdem der Ablauf des Deliriums in durchschnittlich $3^1/_2$ Tagen ein.

4. Wo das Irrenasyl wie in Stuttgart mit einem Krankenhaus verbunden ist, kann man in den meisten Fällen den Trinker nach Aufhören der durch seinen Anfall bedingten Gemeingefährlichkeit und damit auch nach Fortfall der rechtlichen Grundlage für unfreiwillige Zurückhaltung desselben durch gütliches Zureden dahin bringen, dass er sich freiwillig noch einige Zeit der Aufsicht des Arztes unterwirft.

5. Die Verbringung in eine Trinkerheilstätte, die natürlich immer anzustreben ist, wird leichter möglich, wenn sich der Trinker vom Irrenasyl aus direct dahin begiebt, als wenn er vorher in seine häuslichen Verhältnisse zurückkehrt.

6. Wo aber der Kranke, wie dies in den meisten Fällen zutrifft, aus äusseren Gründen baldmöglichst seine Erwerbsthätigkeit wieder aufnehmen muss, da ermöglicht ihm das Irrenasyl bei dem geringsten Kostenaufwand und unter den leichtesten Bedingungen die bestmöglichste Behandlung während des Anfalls und die ehethunlichste Wiederaufnahme der Arbeit nach Ablauf desselben.

Der Vortrag erscheint anderwärts in extenso.

H. Levi: Stichverletzung des Gehirns. (Aus dem Marienhospital in Stuttgart.)

Vortragender stellt einen Patienten vor, welcher vor 4 Monaten bei Raufhändeln in den Kopf gestochen worden war. Das Messer durchschnitt das rechte Scheitelbein 1 cm von der Mittellinie entfernt glatt, ohne Splitterung und drang noch 4 cm tief ins Gehirn ein. (Beinregion nach Krönleinscher Messung.) Im Moment der Entfernung, bei welcher Hebelbewegungen ausgeführt wurden, sank der linke Arm wie leblos herab und blieb gelähmt, während Pat. noch gut gehen konnte und keine gröbere Sensibilitätsstörung bot. Plötzlich auftretende auf Druck hinweisende Symptome machten ca. 2 Stunden nach der Verletzung operative Erweiterung des Knochenspaltes nothwendig, wobei weder ein Bluterguss noch Splitter sich fanden. (Prof. Zeller.) Die Wundheilung verlief in der Folge glatt, doch bildete sich nunmehr das Symptomenbild einer associirten brachio-cruralen Monoplegie aus: es bestand 14 Tage lang völlige Lähmung des

linken Armes, dessen Motilität sich in eigenartiger Reihenfolge allmählich wieder herstellte, ferner Parese des linken Beines, Störungen des Muskelsinns, Lagegefühls, Lokalisationsvermögens, stereognostischen Sinnes und auch in geringem Grade der Tast- und Wärmeempfindung insofern, als ein deutlicher Unterschied zwischen rechts und links bestand. Weiterhin bestanden spastische Symptome in Arm und Bein mit Steigerung aller Reflexe und ausgesprochene Rindenataxie. Fast alle diese Erscheinungen haben sich so beträchtlich zurückgebildet, dass der Verletzte seit 14 Tagen wieder seinem Beruf nachgehen kann. Vortr. bespricht kurz die Localisation, Prognose u. s. w. des Falles, der anderweitig in extenso veröffentlicht wird.

Laudenheimer (Alzbach b. Darmstadt). Sexuelle Zwangsvorstellungen bei einem Kinde.

Irresein aus Zwangsvorstellungen bei Kindern ist in der Litteratur nur vereinzelt, sexuelle Zw. im Kindesalter überhaupt bisher nicht beschrieben. In L.'s Fall wurden einem 11 jährigen Quartaner von älteren Mitschülern unanständige Worte und Zeichnungen mitgetheilt, deren Inhalt er nicht verstand, welche sich ihm dann zwangsmässig besonders in den Schulstunden aufdrängten. Gleichzeitig befürchtete er diese Worte oder Bilder laut ausgesprochen oder aufgezeichnet zu haben, was niemals der Fall war, und deshalb aus der Schule gejagt zu werden. Hieraus entwickelte sich allmählich im Laufe eines halben Jahres ein melancholisches Zustandsbild mit Angstgefühl, Selbstvorwürfen und Suicidialgedanken, jedoch waren die Zw. stets das primäre. Entfernung aus der Schule, körperlich und seelisch kräftigende Behandlung brachten die Zwangsvorstellungen nach 3 Monaten zum Verschwinden. — Recidiv trat 1 Jahr nach Krankheitsbeginn mit dem Einsetzen der Pubertätsentwicklung auf: Gleichzeitig mit den ersten unvollkommenen Erectionen, die Pat. beim Anblick weiblicher Personen bekam, stellte sich die Zwangsbefürchtung ein, zu vorübergehenden Frauen unanständige Worte oder Bewegungen machen zu müssen. Pat. machte sich hierüber heftige moralische Vorwürfe. Sachgemässe Aufklärung des in sexuellen Dingen noch absolut naiven Knaben brachte rasche Heilung. L. führt aus, dass dieser in seiner Aetiologie ungewöhnlich durchsichtige Fall der Hypothese Freud's über Entstehung der Zw. nicht entspricht, wohl aber ein schlagendes Beispiel für M. Friedmann's Theorie der Zw. bildet. (Vortrag in extenso veröffentlicht im „Kinderarzt.")

Dr. Rosenfeld-Strassburg sprach über traumatische Hypochondrie, Dr. Busch-Heidelberg über die Diagnose der progressiven Paralyse. Die Sitzung, die bis 5 Uhr Abends dauerte, wurde unterbrochen durch ein von der Stadt Stuttgart gebotenes Gabelfrühstück. Dabei sprach Prof. Kräpelin in launiger Weise über den gelungenen Lauf der Versammlung. Privatdocent Dr. Gaupp dankte dem Redacteur des Med. Correspondenzblattes Hofrath Dealna für die Erstellung der Festschrift. Allgemeine Anerkennung fanden die Einrichtungen der Irrenabtheilung des Bürgerspitals, die weitherzige Fürsorge der Stadt Stuttgart in dieser Richtung und ganz besonders die vortreffliche Organisation und Leitung der Anstalt durch den San.-Rath Dr. Fauser, der es verstanden hat, das alte Stuttgarter Irrenlokal in ein mustergültiges städtisches Irrenasyl umzuwandeln. Besonders erfreut und dankbar äusserten sich die versammelten Irrenärzte über das höchst liebenswürdige Entgegenkommen der städtischen Behörden und über die rege Theilnahme auch der Collegen in Stuttgart, die nicht Specialisten sind.

Referate.

— Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Von Dr. Weber, Oberarzt u. Privatdoc. in Göttingen. Halle a. S., Carl Marhold, 1902, Pr. 1,50 Mk. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiet der Nerven- u. Geisteskr. III. Bd., Heft 7.

Auf dem Boden körperlicher Erkrankungen können zwar psychische Störungen entstehen, selten bildet jedoch die körperliche Erkrankung die einzige oder hauptsächlichste Ursache der Psychosen. In diesen wenigen Fällen, die namentlich unter den Intoxications- und Infectionspsychosen zu suchen sind, bietet das klinische Bild gewisse characteristische Symptome. Im übrigen ist die körperliche Erkrankung neben vielen anderen gleichwerthigen nur ein aetiologischer Faktor, manchmal nur ein sogenanntes auslösendes Moment.

Den vom Verf. beobachteten 2 Fällen von Diabetes und Geistesstörung kann Ref. einen sehr ähnlichen zur Seite stellen, bei dem ebenfalls hochgradige Vergesslichkeit im Vordergrund stand.

Mit der vorliegenden Arbeit ist die bekannte Sammlung zwangloser Abhandlungen wieder um eine lesenswerthe Nummer vermehrt worden. H. Kornfeld.

— Jahresbericht für die Irren-Abtheilung des Pennsylvania-Hospital für 1901/2 des Directors Dr. Jota Chapir.

Schon auf der ersten Seite dieses Berichts fällt angenehm auf, dass als consultirender Gynäkologe Herr Dr. Scott-Häusler aufgeführt ist. Der ärztliche Stab besteht aus 5, die Zahl der Wärter und Wärterinnen ist 154.

Es wurden täglich im Durchschnitt behandelt 195 M., 253 W. = 448, es starben im Berichtsjahre 30 und genasen 23% der Aufgenommenen = 38; (von den seit 1841, Eröffnung des Hospitals, Aufgenommenen 11,322 : 1770 bezw. 4845). 14 Neurastheniker kamen freiwillig in die Anstalt.

Die Jahreskosten betrugen ca. 1/4 Mill. Dollars; 333 Kranke zahlten einen Theil des Unterhaltes.

Ein prachtvoller Pavillon (Geschenk) wurde für Hydropathie errichtet, ebenso ein Haus auf einer Farm.

Mehrere brillante Abbildungen, z. B. der eleganten Villen für Frauen, des gymnastischen Pavillons, des Natatoriums, und ausführliche statistische Tabellen sind beigegeben.

Bemerkenswerth ist das Urtheil über die negativen Resultate der pathologischen Untersuchungen bezw. Therapie. Hermann Kornfeld.

— Allgemeine Zeitschrift f. Psych. und psych.-ger. Medicin. 59. Bd., 2. und 3. Heft.

Linke-Tost O.-S. Noch einmal der Affekt der Paranoia.

Auch bei der Paranoia wird neuerdings angenommen, dass dem Auftreten des Wahns eine durch primäre Affekte bedingte, krankhafte Veränderung des Ich zu Grunde liegt. Verf. hält an seiner bereits früher geäusserten Ansicht fest, dass die „gespannte Erwartung" als der für das erste Auftreten des Wahns ausschlaggebende Affekt anzusehen sei und verwirft die Bezeichnungen „Misstrauen oder Rathlosigkeit".

Siefert-Halle a. S. Ueber chronische Manie.

Ein 36jähriger Arbeiter mit abenteuerlichem Lebensgang, wiederholt in der Klinik aufgenommen, bot andauernd das Bild der Manie. In der Litteratur fehlen derartige Fälle, welche maniakalischen Symptomenkomplex, Unveränderlichkeit der Erscheinungen und fehlende Concurrenz eines psychischen Defekts darbieten, so gut wie ganz. Verf. glaubt, dass sich unter den Vagabunden, sowie unter den Insassen von Arbeitshäusern und Gefängnissen derartige psychische Individualitäten häufiger werden finden lassen. Dem chronischen Maniacus müsste der Schutz des § 51 zugebilligt werden.

Hoppe-Allenberg. Ein Fall von Querulantenwahnsinn.

Typischer Fall von Querulantenwahn bei einem Lehrer, der 3 mal wegen falscher Anschuldigungen etc. verurtheilt worden war und 3 Jahre Gefängniss abgebüsst hatte. Erst bei der vierten Anklage wurde eine Anstaltsbeobachtung durchgesetzt und auf Grund des ärztlichen Gutachtens Freisprechung erzielt; auch wurde Pat. nachträglich im Wiederaufnahmeverfahren in den 3 früheren Strafsachen freigesprochen.

Risch. Zur Casuistik der Aphasie mit Agraphie und Alexie.

Ein 61jähriger Maurer, der seit ca. 3 Jahren die Sprache verloren hatte, wurde nach der Rieger'schen Methode untersucht. Während Perception und Apperception nicht erheblich gestört waren, wurden optische, tactile Perceptionen schlecht, Sinneseindrücke, die aus eigenen Bewegungen stammten, überhaupt nicht behalten. Spontansprechen war völlig, das Nachsprechen nicht absolut aufgehoben. Das Verständniss der Worte war anscheinend vollständig vorhanden. Es bestand ferner absoluter Ausfall des Spontan- und Diktatschreibens, sowie des Lesens und des Leseverständnisses. Nach Ansicht des Verf. liegt der Krankheitsheerd in der Insel und greift auf die Leitungsbahnen über, die zum Lesecentrum führen.

Arnemann-Gross-Schweidnitz.

— V. Congrès international d'anthropologie criminelle. Amsterdam 9.—14. September 1901.

Jelgersma (Amsterdam) stellt die Psychologie collective, die Psychologie der Massen, der Psychologie individuelle entgegen. Die Massen stehen unter dem Einfluss des Monoideismus, einer einzigen sie beherrschenden Vorstellung. Der Uebergang von der Idee zur That vollzieht sich ungewöhnlich rasch.

Henrik Dedichen (Norwegen) schlägt vor, die Geisteskranken, die sich nur kleinere Verbrechen zu schulden kommen lassen, wie Diebstahl u. dergl., und deren Aufenthalt fortwährend zwischen Irrenanstalt, Gefängniss und Freiheit schwankt, in Kolonien zur Bearbeitung der Torfmoore und Haiden unterzubringen. In Betracht kommen die Imbecillen, Desequilibrirten, Alkoholisten.

Meijer (Deventer): Ueber die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Die Infirmeries pénitentiaires (in England versucht), wo die körperlich und psychisch Kranken des Gefängnisses verpflegt werden sollten, haben sich nicht bewährt. Ebensowenig die Centralanstalten (prisons-asiles in Dundrum seit 1850, Auburn bei New-York seit 1859, Broadmoor seit 1863, Montelupo in Italien, Marchattan in Amerika, Waldheim in Sachsen). Nachtheile: Verschwörungen, Gewaltthätigkeiten, Entweichungen, Kosten, Umständlichkeit des eventuellen Transports in das Gefängniss oder die gewöhnliche Irrenanstalt. Beste Methode: Adnexe an Gefängnisse zum Zweck der Beobachtung und zeitweisen Behandlung, und Adnexe an die Irrenanstalt zur definitiven Internirung.

Aletrino (Amsterdam) fordert die sociale Gleichstellung des Homosexuellen mit dem Heterosexuellen. Zwischen beiden besteht kein Unterschied. Beide können von vorzüglichem Charakter sein, und die Laster des Heterosexuellen können sich auch beim Homosexuellen finden. Es giebt eine normale Homosexualität. Die Befruchtung giebt nicht den Ausschlag dafür, ob die Verbindung zwischen Mann und Weib moralischer sei als die zwischen Mann und Mann. Es giebt auch sterile Ehen, und im niedern Thierreich ist die Befruchtung, das Zusammentreffen von Sperma und Ei, ganz Zufall. Die Liebe beim Menschen beruht nicht so sehr auf Geistes- und Charaktereigenschaften. Beim Menschen giebt es eine Periode geschlechtlicher Indifferenz, etwa vom 12. bis 15. Jahr. Zu welchem Geschlecht man sich darnach hingezogen fühlt, hängt von äussern Umständen ab. Es giebt ausgezeichnete Menschen, die homo- und heterosexuell lieben, beides in idealem Sinn. Der Uranismus braucht also keine Anomalie zu sein.

Benedict stellt eine Grundformel der Psychologie in ihren Beziehungen zur Kriminalität auf. Diese Grundformel, für unsern beschränkten Verstand unfassbar, erklärt nicht wenig. „Sie drückt jede Funktion jeder Zelle aus, wie dies nothwendig ist zur Beurtheilung der Tragödieen Shakespeare's, der Gemälde Rafael's, der Symphonieen Beethoven's, des Novum Organon von Baco, der geistigen Errungenschaften Kant's, des Heroismus des Mucius Scaevola und der Missethaten der Verbrecher." Der Leser mag diese wunderthätige Grundformel selbst nachlesen. (Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 38. 20. December. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Referate und Anträge betreffend die Reform des Irrenwesens in Oesterreich.

Die grosse Wichtigkeit, die allen gesetzgeberischen Vorkehrungen im Irrenwesen überhaupt innewohnt und das Interesse, mit dem gerade gegenwärtig die Fachleute derartige Bewegungen verfolgen, lässt es gerechtfertigt erscheinen, einiges von den Ergebnissen der heuer zum Abschluss gebrachten Verhandlungen der Wiener Enquête zur Reform der Irrengesetze hier im Auszuge folgen zu lassen.

Es ist freilich in allen Gesetzen ein locales Colorit naturgemäss, aber gerade diese Anträge und Referate zeigen in so vieler Hinsicht allgemeine Bedeutung und haben andrerseits so hervorragende Referenten zu Autoren, dass es nur bedauert werden kann, dass sie bisher nicht in einem psychiatrischen Blatte ihre Veröffentlichung gefunden haben.

Es ist selbstverständlich, dass ein auszügliches Referat dieser Anträge nichts weniger als erschöpfend sein kann und nicht jede einzelne Anregung wiedergeben vermag. Es können daher hier nur die Hauptzüge hervorgehoben werden und für das Detail sei auf die „Zeitschrift für das österreichische Sanitätswesen" verwiesen, wo mit Ausnahme des Referates von Prof. Benedikt die Referate in extenso erschienen sind.

28 Fragen wurden vom Ministerium der Enquête vorgelegt.

1. Ist es im Interesse der Obsorge für die Irren oder zum Schutze der Allgemeinheit vor gemeingefährlichen Irren unumgänglich nothwendig eine Anzeigepflicht gesetzlich in dem Sinne festzusetzen, dass die Behörden von dem Falle einer Geisteskrankheit rechtzeitig in Kenntniss gesetzt werden?

2. Für welche Kategorien von Geisteskrankheiten ist eine solche Anzeigepflicht festzusetzen?

3. Genügt es, wenn die Anzeigepflicht dem be-

handelnden Arzte und behördlichen Organen auferlegt wird? Oder ist es

4. geboten, auch der privaten Umgebung des Irren eine Anzeigepflicht aufzuerlegen?

5. Welche Kriterien sollen für das Eintreten dieser Anzeigepflicht maassgebend sein?

6. Wäre es zweckmässig, die den Gemeinden im selbständigen Wirkungskreis obliegende Überwachung der Pflege der ausserhalb von Irrenanstalten untergebrachten Irren dahin auszugestalten, dass für die Ausübung dieser Ueberwachung eine Commission eingesetzt wird, welcher neben Sanitätsorganen auch Vertrauensmänner der Gemeinde angehören?

7) Ist es nothwendig, die Errichtung von staatlichen Irrenanstalten neben den bestehenden Landesanstalten in Aussicht zu nehmen, oder kann die weitere Entwicklung der Organisation der öffentlichen Irrenanstalten den Ländern überlassen bleiben?

8) Sollen Privat-Irrenanstalten überhaupt zugelassen werden?

9) Ist es, falls die Auflassung der Privat-Irrenanstalten mit Rücksicht auf die vorhandenen Bedürfnisse nicht durchführbar ist, nothwendig, die in der Ministerial-Verordnung vom 14. Mai 1874, R. B. Bl. Nr. 71, enthaltenen Vorschriften, welche die Einflussnahme der Staatsverwaltung auf die Führung der Anstalt und die Behandlung der Kranken in derselben zum Gegenstande haben, umzuändern oder zu ergänzen und zwar in welchen Beziehungen?

10) Soll das Recht, die Abgabe eines Irren in eine Irrenanstalt zu beantragen, gesetzlich auf bestimmte Personen eingeschränkt werden, und zwar auf welche?

11) Was sind vom Standpunkte der medicinischen Wissenschaft für Forderungen aufzustellen, um Missbräuchen hinsichtlich der Aufnahme in eine Irrenanstalt und der Anhaltung in derselben vorzubeugen?

12) Ist insbesondere nach Aufnahme eines Individuums in eine Irrenanstalt eine commissionelle Untersuchung und Entscheidung über die Nothwendigkeit der Anhaltung desselben in der Irrenanstalt gesetzlich anzuordnen, bejahenden Falles innerhalb welcher Frist hat diese Untersuchung und Entscheidung Platz zu greifen und wie ist eine solche Commission zusammenzusetzen?

13) Empfiehlt es sich, gegen das Gutachten, auf Grund dessen die Aufnahme in eine Irrenanstalt stattfindet, eine Berufung an ein Sachverständigencollegium zu ermöglichen?

14) Erscheint es einerseits im Hinblicke auf die gemachten Erfahrungen wünschenswerth, andrerseits mit der gebotenen Rücksicht auf den Zustand der Irren vereinbar, eine wiederholte commissionelle Untersuchung jedes Irren ohne Unterschied während der Dauer seiner Anhaltung in der Irrenanstalt gesetzlich anzuordnen, bejahenden Falles in welchen Zeiträumen und unter welchen Modalitäten hätte eine solche Untersuchung Platz zu greifen?

15) Sind gesetzliche Bestimmungen bezüglich des Vorganges beim Transporte von Irren in Irrenanstalten zu erlassen?

16) Welche Vorschriften sind für die Entlassung aus den Irrenanstalten festzusetzen?

17) Genügen insbesondere auch die bisherigen Vorschriften der Ministerial-Verordnung vom 14. Mai 1874, welche die Entlassung nicht geheilter Kranken gegen Revers zum Gegenstande haben oder bedürfen dieselben einer Abänderung oder Ergänzung, und zwar in welcher Richtung?

18) Welche Vorschriften sind hinsichtlich der zeitweiligen Beurlaubung von in Irrenanstalten untergebrachten Individuen gesetzlich festzustellen?

19) In welcher Weise ist die behördliche Aufsicht über die Irrenanstalten zu organisieren?

20) Für welche Kategorien von Geisteskranken ist die Entmündigung gesetzlich vorzuschreiben?

21) Ist es insbesondere nach dem heutigen Stande der Psychiatrie gerechtfertigt, anzunehmen, dass bei verschiedenen Arten und Graden der Erkrankung die Dispositionsfähigkeit des Individuums eine verschiedene sei und sind besondere gesetzliche Maassnahmen in dieser Beziehung gerechtfertigt?

22) Empfiehlt es sich demnach bei der Festsetzung der Bestimmungen über die Entmündigung von Irren ausser den eigentlichen Curatoren, welche die sämmtlichen Angelegenheiten eines gänzlich handlungsunfähigen Irren besorgen, unter Umständen lediglich die Bestellung von Beiständen vorzusehen, welche dem nicht völlig handlungsunfähigen Irren bei der Besorgung seiner Angelegenheiten zur Seite stehen und demgemäss einen gesetzlich zu umschreibenden beschränkteren Wirkungskreis haben?

23) Welche Vorschriften sind vom Standpunkte der medicinischen Wissenschaft für das Verfahren bei der Entmündigung von Irren wünschenswerth?

24) Bestände insbesondere ein Bedenken dagegen, für die Entmündigung ein contradictorisches Verfahren überhaupt oder wenigstens im Falle eines Einspruches des von der Entmündigung Betroffenen Platz greifen zu lassen?

25) Soll dem verantwortlichen Leiter der Irrenanstalt gegen Verfügungen des Gerichtes, durch welche die Entmündigung eines in der Anstalt Untergebrachten abgelehnt oder aufgehoben wird, ein Rechtsmittel eingeräumt werden?

26) Welche besondere Bestimmungen sind im Hinblicke auf die Gemeingefährlichkeit verbrecherischer Irren oder irrer Verbrecher hinsichtlich der Abgabe derselben in Anstalten und der Entlassung aus den Anstalten zu treffen?

27) Sind die verbrecherischen Irren oder irren Verbrecher in besonderen etwa vom Staate zu errichtenden Anstalten unterzubringen und sind diese Anstalten als Heilanstalten oder als eine Art von Strafanstalten in Aussicht zu nehmen?

28) Ist in den vorangedeuteten Beziehungen (Frage 25 und 26) ein Unterschied zwischen verbrecherischen Irren oder irren Verbrechern zu machen?

Diese Fragen vertheilen sich in nachstehender Art auf folgende Referate:

I. Anzeigepflicht hinsichtlich der ausserhalb der Irrenanstalten verpflegten Geisteskranken.

(Zu den Fragen 1—5).

Referent: Prof. Dr. A. Pick.

Pick bezieht alle Geisteskranken, ob in oder ausserhalb einer Anstalt lebend, in den Kreis seiner Vorschläge und hebt mit Recht hervor, dass gerade die nicht internierten des Rechtsschutzes noch mehr bedürfen als die in den Anstalten untergebrachten. Aber die grossen Schwierigkeiten hier können nicht auf einmal und lediglich durch gesetzliche Bestimmungen beseitigt werden, sondern man muss erst allmählich auf eine Gewöhnung der betreffenden Kreise hinstreben.

Pick theilt die in Betracht kommenden Kranken in drei Kategorien, je nachdem sie in eigener oder fremder Familie oder in einer Anstalt untergebracht sind und knüpft das Recht der öffentlichen Fürsorge nicht an die Geisteskrankheit, deren ärztliche und juristische Definition nicht möglich ist, sondern an die Momente, deren Schutz in den Machtbereich des Staates fallen, wie öffentliche Sicherheit, persönliche Freiheit, Behandlung des Kranken etc. Damit fällt die strenge Trennung zwischen Anstalten für Nerven- und Geisteskranke von selbst weg, und andererseits soll durch Wegfall der allgemeinen Anzeigepflicht die Empfindlichkeit der Familie geschont werden und das Schutzrecht der Familie zum Theil gewahrt bleiben.

Nur dann, wenn eine damit verbundene Einsperrung mehr als 3 Monate überschreitet, soll Anzeigepflicht geboten sein, aber auch dann discret behandelt werden. Was man unter „eigener Familie" versteht, ist speciell zu bestimmen.

Für die Unterbringung in „fremder" Familie, gelten schon die Bestimmungen der Privat-Anstalt, d. i. sofortige Anzeige und von Anfang an volle Staatsaufsicht.

Bezüglich aller übrigen Krankenanstalten schlägt Pick verschiedene Bestimmungen vor und gedenkt schliesslich noch der Strafbestimmungen zur Sicherung der Anzeigepflicht.

Referent resumirt seine Ausführung dahin:

1) Ein alle Geisteskranken umfassender Rechtsschutz macht die Anzeigepflicht auch für die ausserhalb der Irrenanstalten verpflegten Kranken nothwendig.

2) Bei dem Fehlen einer dafür zureichenden Definition von Geisteskrankheit ist die Anzeigepflicht auf die durch das Auftreten einer solchen Krankheit geschaffene, juristisch fassbare Situation, Beschränkung der persönlichen Freiheit oder der Dispositionsfähigkeit, persönliche Sicherheit und Behandlung zu basiren.

Bei der Formulirung dieser Anzeigepflicht ist, soll dieselbe nicht an den Vorurtheilen des Publicums mehr oder weniger scheitern, auf diese gebührend Rücksicht zu nehmen.

4) Bezüglich der in der eigenen Familie, bei Ascendenten, Descendenten, Geschwistern, Onkel, Tante oder gesetzlichem Vormund verpflegten Geisteskranken tritt die Anzeigepflicht ein, nachdem eine dreimonatliche Sequestration nothwendig gewesen; sie ist vertraulich zu behandeln. Eine Ausnahme bezüglich des Termines der Anzeigepflicht tritt in solchen Fällen ein, wo die Kranken mit Hilfe von öffentlichen oder Armengeldern unterhalten werden; dann ist die sofortige Anzeige zu leisten.

5) Die Anzeigepflicht kommt demjenigen zu, der den Kranken bei sich verpflegt, sie den Aerzten aufzuerlegen erscheint nicht zweckmässig.

6) Die Unterbringung eines Geisteskranken in einem „fremden" Hause involvirt die sofortige Anzeigepflicht, die dem Beherbergenden zufällt.

7) Den Aerzten erscheint in allen vorangehenden Fällen ebenso wie auch bezüglich der im folgenden zu behandelnden das Recht, geeignete Fälle „vertraulich" zur Anzeige zu bringen, gewahrt.

8) Bezüglich der in nicht als Irrenanstalten qualificirten Anstalten untergebrachten Kranken, ergeben sich folgende Kategorien:

a) Nerven-, Wasserheil-, sowie andere Curanstalten, in denen auch Geisteskranke behandelt werden; die Anzeigepflicht bezüglich dieser beginnt mit dem Momente, wo die persönliche Freiheit oder die Dispositionsfähigkeit des Kranken behindert erscheint. Die Anzeigepflicht obliegt dem Arzte der Anstalt.

b) Bezüglich von Spitälern, Krankenhäusern, die Geisteskranke nur intercurrent aufnehmen, tritt die Anzeigepflicht bei einem 14 Tage überdauernden Aufenthalte ein; die mit solchen Anstalten verbundenen psychiatrischen Kliniken erfordern hinsichtlich der Anzeigepflicht mit Rücksicht auf ihre besonderen Zwecke eine besondere Bestimmung, etwa in Analogie mit den in der eigenen Familie untergebrachten Kranken.

c) Idiotenanstalten sind bezüglich der Anzeigepflicht den Irrenanstalten gleichzustellen.

d) Epileptikeranstalten sind den zu a) behandelten Anstalten gleich, ebenso auch Armen-, Versorgungshäuser, Klöster und ähnliche Anstalten, welche Geisteskranke bei sich beherbergen. In allen diesen Anstalten, (c und d) obliegt die Anzeige dem Arzte resp. Vorstand der betreffenden Anstalt.

9) Strafbestimmungen sind Sachverständigen (Aerzten) gegenüber verschärft in Anwendung zu bringen, in jedem Falle aber nicht strafprocessualer, sondern administrativer Fixirung zu unterstellen.

II. Behördliche Ueberwachung der Pflege der in den Irrenanstalten und ausserhalb derselben untergebrachten Geisteskranken.

(Zu den Fragen 6—19).

Referent: Prof. Dr. G. Anton.

Anton geht einleitend von der diesbezüglichen Bestimmung in anderen Staaten aus, mit gleichzeitiger Berücksichtigung etwa da bestehender Gesetzentwürfe und formulirt dann seine Vorschläge.

Anton verlangt als wichtigste Forderung zunächst die Errichtung einer Centralbehörde für das gesammte Irrenwesen und begründet dieselbe damit, dass die vielseitigen Fragen auf diesem Gebiete eine einheitliche Leitung erfahren und diese nicht mehr „so nebenbei“ von anderen Behörden besorgt werden sollen, dass durch sie ein fachmännisch-competentes Forum und Berathungsorgan geschaffen werde für Revision, Evidenzhaltung, Auskünfte etc. Auch eine zukünftige Prophylaxis würde in den Bereich ihrer Programmpunkte einzustellen sein.

Auch ein Centralarchiv soll angelegt werden.

An der Spitze dieser Commission ist ein Generalinspector gedacht, mit Vertreter und juridisch und technischem Hilfspersonale, das zum Theil aus schon bestehenden Bureaus entnommen werden könnte.

Dieser zur Seite stünde ein „staatlicher Beirath für das Irrenwesen“ aus Klinikern, Anstaltsdirectoren und Vorständen von Irrenhilfsvereinen.

Für die Existenzhaltung sollen Bezirks- und Gemeindekomités herangezogen werden, denen auch zugleich ein entsprechender Wirkungskreis zur Controlle einzuräumen wäre.

Das Referat schliesst mit der Namhaftmachung derjenigen Functionäre, welche zu den Bezirkscomités, resp. zu den Gemeindecomités beizuziehen sind.

III. Die Errichtung staatlicher Irren-Anstalten.

(Zur Frage 7).

Referent: Dr. Adalbert Tilkowsky, Regierungs- und Sanitätsrath, Director der n. öst. Landes-Irrenanstalt in Wien.

Referent erörtert zunächst die Principienfrage, ob Staats- oder Landes-Anstalten, und wählt zu dieser Entscheidung einen kurzen, historischen Rückblick. In Oesterreich standen die Irren-Anstalten bis zur Errichtung der Länder-Autonomie 1865 unter staatlicher Verwaltung. Eine statistische Gegenüberstellung über Anzahl der Irren-Anstalten und Anzahl der versorgten Pfleglinge vor und nach 1865 ergiebt einen wesentlichen Ausschlag zu Gunsten der Landes-Verwaltung. Referent sieht in diesen Thatsachen eine grosse Bedeutung und untersucht die Momente näher, die das rasche Aufblühen seit dieser Zeit bewirkt haben. Nicht die Populationsbewegung oder eine Steigerung der psychischen Erkrankungen überhaupt, trage daran Schuld, sondern es ist der Ausdruck der erhöhten und verständnissvolleren Fürsorge für die Geisteskranken, wovon den Landes-Verwaltungen mit Recht ein hervorragender Theil gebühre, sodass die Aufrechterhaltung des jetzigen Modus entschieden zu befürworten ist.

Damit ist aber nicht gesagt, dass alle Kategorien von Geisteskranken den Landes-Irren-Anstalten anheimfallen müssen. Vielmehr betont der Referent, dass jene störenden Elemente der Irren-Anstalten wie verbrecherische Kranke und dergleichen nach dem Vorbilde anderer Staaten, besser in staatliche Verwaltung zu stellen sind. Die Beziehung dieser Elemente zur Justiz, ihre Criminalität, die geringe Anzahl in einem Lande begründet dieses.

Hingegen fallen die Anstalten für Idioten, Epileptiker wieder in den Kreis der Landes-Verwaltung, nur hätte für das pädagogische Moment in den Idiotenanstalten der Staat mit einer Subvention aufzukommen. Auch die Trinkerasyle sollten den Ländern unterstellt werden. Alle diese Anstalten aber müssten unter ärztliche Leitung gestellt werden oder wenigstens wie die Idiotenanstalten unter ärztlicher Oberaufsicht stehen. Am Schlusse werden noch die Verpflegskosten gestreift und eine möglichst liberale Methode befürwortet. Die Verpflegskosten für Ausländer fallen in die Prärogative des Staates.

IV. Aufnahme in Irrenanstalten und Schutz vor ungerechtfertigten Internirungen.

(Zu den Fragen 10—14).

Referent: Ober-Sanitätsrath Prof. D. J. Wagner, Ritter von Jauregg.

Rasch, leicht, billig und mit Ausschluss aller Widerrechtlichkeit müssen die Aufnahmen vor sich gehen. Aber der Referent verkennt gleich eingangs nicht die theilweise Gegensätzlichkeit dieser Forderungen. Um sie in Einklang zu bringen, geht er jede derselben nach ihrer Dignität eingehend durch. Vereitelung oder Verzögerung der Aufnahme ist erfahrungsgemäss oft von den schlimmsten Folgen begleitet. Neunzehntel von den Aufnahmen sind arm. Widerrechtliche Internirung kommt absichtlich wohl kaum vor, und ihr Vorkommen existiert, wie Verfasser mit Recht hervorhebt, wohl mehr „in der erhitzten Phantasie einiger verschrobener Köpfe" als in Wirklichkeit. Irrthümer sind möglich, aber gewiss selten. Eine unnöthige Erschwerung der Aufnahme habe also mehr Nachtheile als Vortheile.

Eltern, Kindern, Ehegatten, Geschwistern, Vormund, Curator soll das Recht und die Pflicht zustehen ohne behördliche Intervention die Aufnahme in Irren-Anstalten verlangen zu können, wenn sie im gemeinschaftlichen Haushalte leben. In jedem anderen Falle soll grundsätzlich die Behörde anzusprechen sein. Ein ärztliches Zeugniss ist Grundbedingung, dasselbe soll auf persönlicher Untersuchung basieren und nicht über 14 Tage alt sein, muss aber nicht nothwendig von einem Amtsarzte ausgestellt sein. In dringenden Fällen kann der Leiter einer Anstalt ohne Zeugniss aufnehmen. Dann muss aber die nachträgliche Untersuchung durch einen Amtsarzt geschehen. Bei freiwilligen Aufnahmen entfällt das ärztliche Parere.

Irrthümliche Aufnahmen schliesst auch die strengste Forderung nicht absolut aus, wie ein Hinweis auf Strafrechtspflege genügend darthut. Aber die Dauer einer solch widerrechtlichen Internirung muss möglichst reducirt werden. Daher die Anzeige binnen 24 Stunden für jede Neuaufnahme (mit Ausnahme der freiwilligen) an die politische Behörde.

Referent hält eine Controlle der Irrenärzte für nöthig und die richterliche Behörde dazu für berufen. Der gegenwärtige Modus in Oesterreich sei hierzu am geeignetsten, wonach kurz nach Aufnahme eine Commission, bestehend aus zwei Sachverständigen unter Vorsitz eines Richters, den Kranken untersuchen. Diese Sachverständigen dürfen nicht Aerzte der Irren-Anstalt sein, aber doch Fachleute, der Vorsitzende muss mit der nöthigen Machtbefugniss zur eingehenden Information ausgestattet sein.

Zur Entlastung der Gerichtsärzte wird deren Vermehrung und die Abkürzung der Gutachten bei offenkundigen Fällen in Vorschlag gebracht. Ein contradictorisches Verfahren zum Schutze der persönlichen Freiheit oder ein eigener defensor libertatis ist unter diesen Verhältnissen entbehrlich, sollte aber letzterer als nöthig erachtet werden, so soll ein solcher vom Gerichte ernannt werden. Ein Antrag auf neuerliche Untersuchung des Geisteszustandes darf von den Aerzten nicht abgelehnt werden; doch soll ein solcher nicht vor Ablauf einer gewissen Frist gestellt werden können.

V. Entlassung von Geisteskranken aus der Irrenanstaltspflege.

(Zu den Fragen 16—18).

A) Referent: Dr. A. Hrase, Director der Landes-Irrenanstalt in Dobran.

Nach dem Referenten hätte die Entlassung zu geschehen:

a) Wenn der Kranke geheilt ist.
b) Wenn Entmündigung abgelehnt wurde.
c) Wenn Anstaltsbehandlung nicht mehr nöthig.
d) Ueber Verlangen der gesetzlichen Vertreter.

Bei Entlassung gegen Revers, ist der Revers bei der politischen Behörde zu bestätigen, seine Ausstellung erfolgt vom Anstaltsleiter. Freiwilliger Eintritt bedingt freiwilligen Austritt, ausser bei Entwicklung einer vollen Geisteskrankheit. Beurlaubungen sollen nur bis 2 Wochen gewährt werden. Entwichene sind nach 14 Tagen wie Neuaufnahmen zu behandeln. Jeder Abgang von der Anstalt ist der Behörde und den gesetzlichen Vertretern anzuzeigen. —

B) Correferent Tilkowsky fasst seine Ausführungen folgendermassen zusammen.

Die Entlassung Geisteskranker aus der Irren-Anstalt erfolgt beim Eintreten der psychischen Ge-

sundheit über Befund des Anstaltsleiters, bei Ablehnung oder Aufhebung der Entmündigung.

Freiwillig Eingetretene müssen über Wunsch sofort entlassen werden, wenn sich ihr Krankheitszustand nicht zu voller Geisteskrankheit entwickelt hat.

Ungeheilte müssen über Verlangen der gesetzlichen Vertreter oder deren Angehörigen entlassen werden. Bei Gemeingefährlichen ist deren Entlassung von der Beibringung eines Reverses über die gehörige Ueberwachung und Verpflegung abhängig. Dabei ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters resp. Curatelsgerichtes erforderlich.

Der Revers muss von der Gemeindevorstehung des Reverslegers und seiner zuständigen politischen Behörde bestätigt sein. Ueber die Ausstellung des Reverses entscheidet der Anstaltsleiter, der den Krankheitszustand und die Bedingungen zur Entlassung der politischen Behörde zu schildern verpflichtet ist. —

Bei geisteskranken Verbrechern muss auch die Zustimmung der einliefernden Gerichtsbehörde eingeholt werden.

Ungeheilte, nicht mehr gemeingefährliche Kranke können vom Anstaltsleiter auch gegen den Wunsch der gesetzlichen Vertreter aus der Anstalt entlassen werden, aber in jenen Fällen ist im Vorhinein die Anzeige an die gesetzlichen Vertreter oder die Angehörigen zu erstatten. Nach erfolgter Entlassung hat innerhalb 24 Stunden die Anzeige zu erfolgen:

a) Bei geheilt Entlassenen an die Gerichtsbehörde des Sprengels der Anstalt und an den Curator.

b) Bei ungeheilt Entlassenen ausserdem noch an die Ortsgemeinde, in deren Sprengel sich der Kranke begiebt und an die zuständige politische Behörde.

Bei geisteskranken Verbrechern ist auch die Anzeige an das Ueberweisungsgericht zu erstatten.

Die Beurlaubungen können auf 6 Monate ausgedehnt werden und sind denselben Behörden und Personen anzuzeigen, wie bei Entlassung eines Ungeheilten.

Bei Transferierungen in andere Anstalten hat eine Krankengeschichte mitzufolgen, desgleichen alle gesetzlichen den Kranken betreffenden Daten; ausserdem sind die Anzeigen zu erstatten, wie bei geheilt Entlassenen.

Bei Entweichungen hat der Anstaltsleiter die entsprechenden Schritte zur Habhaftmachung einzuleiten und die Anzeige zu erstatten:

a) An die Gerichtsbehörde erster Instanz des Sprengels der Anstalt.

b) An die politische Behörde, von der der Kranke hergekommen ist; dann an Ortsgemeinde, Angehörige resp. Curator.

Der Anzeige an die Ortsgemeinde ist eine Personsbeschreibung anzuschliessen. Die Wiedereinbringung ist denselben Behörden anzuzeigen. Dieselbe gilt erst nach Ablauf eines Monats als Neuaufnahme.

Das Ableben der Geisteskranken ist sofort den Angehörigen resp. dem Curator, der zuständigen Gerichtsbehörde und dem Todtenbeschauer anzuzeigen. Die Leichen in der Anstalt werden obducirt. Die Obduction kann jedoch über Wunsch der Familie unterbleiben. Die sanitätspolizeiliche oder gerichtliche Leichenöffnung unterliegt den betreffenden Gesetzen.

VI. Entmündigung der Geisteskranken.

(Zu den Fragen 20—25).

Referent: Hofrath Professor Dr. R. Freiherr v. Krafft-Ebing.

(Vergl. Referat in Nr. 33, 1901, pag. 329 dieser Wochenschrift).

VII. Behandlung crimineller Geisteskranker.

(Zu den Fragen 26—28).

Referenten: Obersanitätsrath Professor Dr. Julius Wagner, Ritter von Jauregg, und Professor Dr. Moriz Benedict.

(Siehe eben dort).

Im Berichte folgt noch eine kurze Darstellung der in den europäischen Staaten bestehenden Einrichtungen, bezüglich crimineller Irrer.

VIII. Privat-Irren-Anstalten.

(Zu den Fragen 8—9).

Referent: Professor Dr. Moriz Benedict *).

Die rein privaten Irren-Anstalten sind nach jeder Richtung einer strengen Controlle zu unterziehen. Wegen der Eigenthumsrechte ist der Entmündigungsact möglichst abzukürzen.

Die Heilung muss längstens 8 Wochen nach Schwund aller krankhaften Symptome der Fürsorge-Behörde angezeigt werden.

Die Entlassungsgesuche sind stets zu berücksichtigen. Briefgeheimniss ist zu wahren. Die Entlassung Ungeheilter soll lediglich auf Verfügung der Fürsorge-Behörde zu geschehen haben. Entlassungsgesuche Ungeheilter dürfen vom Anstaltsleiter nur bis 6 Monate zurückbehalten werden, sind aber aufzubewahren.

*) Ausführlich in der Wiener klin. Wochenschrift 1901.

Bei Entweichungen hat die Fürsorge-Behörde eine Untersuchung anzustellen, ob Leiter oder deren Angestellte daran Schuld sind. Auch freiwilliger Eintritt Geisteskranker ist der politischen und richterlichen Behörde anzuzeigen. Die Entlassung derselben ist gleichfalls anzeigepflichtig und je nach Art der Krankheit dem Anstaltsleiter allein oder der Fürsorge-Behörde anheim zu stellen. Der freiwillig Eintretende hat vor Zeugen seinen Eintritt zu motivieren.

Zur Controlle ist zu verlangen die genaue Führung der Krankengeschichte mit detaillirten Behandlungsangaben, insbesonders der angewendeten Zwangsmassregeln. Das Besuchsrecht ist zu reglementiren und darüber ein Verzeichniss zu führen. Wenigstens einmal wöchentlich muss der Besuch freigegeben werden für die Angehörigen von dem Arzte. Besuchssperre ist schriftlich zu begründen. Bei incorrectem Verfahren ist eine Reihe von Bestrafungen vorzusehen bis zur Concessionsentziehung.

Neben „reinen" Irrenanstalten kann es auch „gemischte" Anstalten geben, d. h. solche, wo neben Geisteskranken auch Nichtgeisteskranke zur Aufnahme kommen.

Gemeint sind da alle einer Entziehungscur Bedürftige, Neurastheniker, Perverse, moral insanity; auch hier unterliegen alle Insassen der Anzeigepflicht. Ueber Aufnahme, Behandlung, Curatel folgen Detail-Bestimmungen.

Bei der Familienpflege werden zur Controlle Landesgericht, Bezirks-, Polizei- und Gemeindebehörden delegirt.

Zur Wahrung der Dispositionsfähigkeit ist häufige und eingehende Controlle anzurathen. Die verschiedenen Erkrankungen, Concessionsverhältnisse erfahren noch Detailerörterung.

IX. Specialreferate und Anträge ausser dem Rahmen des Fragebogens.

Psychiatrische Kliniken, Begründung der Sonderstellung derselben und Nothwendigkeit einer Berücksichtigung ihrer speciellen Aufgaben im Irrengesetze.

Referent: Prof. Dr. G. Anton.

Prof. A. bespricht damit die Verhältnisse der Irren-Kliniken zum Irrengesetze und erläutert, dass bei einer Reihe von klinischen Kranken die strenge Durchführung von Aufnahms- und Entlassungsmodalitäten nicht angezeigt ist. — Nur diejenigen Kranken, bei denen eine längere Behandlungsdauer oder die Gemeingefährlichkeit in den Vordergrund tritt, sollen der Irrenschutzgesetze vollständig theilhaftig werden, nur der Aufnahmsmodus soll auch da möglichst erleichtert sein.

X. Die Irrengesetzgebung und die Menschen mit anomaler Lebensführung.

Referent: Prof. Dr. Moriz Benedict.

Referent schlägt damit eine „verschärfte Unmündigkeitserklärung" vor, für angeborene oder erworbene Nervenstörung mit dissocialen Trieben, (Arbeitsscheu, sexuelle Perversitäten, unverbesserlicher Leichtsinn, Verschwendungssucht) und combinirt dieselbe mit Verwahrungshaft, um sie, ihre Familie und die Gesellschaft wirksam zu schützen. Dr. Starlinger.

San Servilio.

Weihnachtsbetrachtungen eines deutschen Psychiaters.

In Italien herrscht gegenwärtig grosse Entrüstung über die rückständigen Verhältnisse*) der Krankenbehandlung in der kirchlichen Irren-Anstalt San Servilio bei Venedig. Man tadelt neben mancherlei anderen Missständen besonders die zu reichliche Anwendung veralteter Zwangsmittel. Der Leiter der Anstalt, „Vater" Minoretti, hatte im Jahre 1900 berichtet, die Zwangsmittel seien auf ein äusserst geringes Mass beschränkt worden. Die Behörde hielt den Betrieb gewiss für einen „tadellosen". Was mag da sonst noch Alles vertuscht worden sein! Gegen diese Zustände stechen die unter ärztlicher Leitung stehenden staatlichen Anstalten sehr günstig ab, z. B. die Anstalt in Reggio-Emilia, die, vom Geiste freier Irrenpflege und wissenschaftlichen Strebens durchweht, selbst vielen nichtitalienischen Anstalten zum Vorbild dienen könnte. Aber freilich, den Menschen, deren künstlich erzeugte Beschränktheit — ein geistiger Aztekismus —, in der Krankheit nur eine Folge der Sünde sieht, wird es immer unmöglich sein, an die Stelle einseitiger Begriffe von Menschenliebe ein neues, edleres Humanitätsideal zu setzen. Der moderne Staat und die Naturwissenschaften, unter letzteren nicht am wenigsten die Psychiatrie, haben in der Erfassung

*) Zur Aufdeckung derselben hat nicht zum geringen Theil der darauf bezügliche Aufsatz unseres verehrten Herrn Mitherausgebers Privatdocent Dr. Weygandt im Jahrgang 1900. No. 19 beigetragen. Red.

und Ausführung des Humanitätsgedankens alles bisher Dagewesene weit überholt. —

Aber dürfen wir in Deutschland denn wirklich so selbstgerecht über Andere urtheilen? Mit nichten. Zwar gelten bei uns die Irren jetzt wohl ziemlich allgemein für Kranke; aber die idiotischen und schwachsinnigen Kinder zu prügeln, wenn es die jeweilige Auffassung von Moral etc. der hier und da nicht-ärztlichen Leiter solcher Anstalten gut scheinen lässt, das steht diesen noch jederzeit frei! Die Prügelstrafe ist ja in solchen Anstalten nicht verboten! Prügelt man denn ein Kind, welches infolge krummer Beine die Absätze an den Schuhen schief läuft? Und gar die Zwangszöglinge! Warum ist bei § 4 des preussischen Fürsorgeerziehungsgesetzes, welcher fordert, dass vor der Beschlussfassung Eltern, Vormund, „und in allen Fällen der Gemeindevorstand und der zuständige Geistliche und Lehrer" gehört werden, nicht auch die Anhörung des Arztes zur Pflicht gemacht? Warum hat man diesen social enterbten Kindern nicht auch den Weg zum Arzte gebahnt? Dass gerade bei der so ausserordentlichen Plasticität der Kindesseele ethische Defecte häufig Zeichen einer seelischen Abnormität oder Erkrankung oder Folge eines körperlichen Leidens statt Wirkung blosser Verwahrlosung sind, dieser trivialen Thatsache trägt das sonst so nützliche Fürsorgeerziehungsgesetz überhaupt nicht Rechnung. Der Schutz, welcher den Erwachsenen der § 51 des Strafgesetzbuchs bietet, hätte in sinngemässer Anwendung auf die Bestimmung der Erziehungsform und in noch höherem Grade auch dem Kinde gewährt werden müssen. Wo in den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes die ärztliche Mitwirkung erwähnt wird, geschieht es hauptsächlich in Bezug auf die Behandlung körperlicher Krankheiten; es wird da auch von einem „körperlichen Reinigungsprocess" (!) neben dem sittlichen gesprochen. — So kommt es denn thatsächlich vor, dass man in „Fürsorge"-Erziehungs-Anstalten gegen handgreifliche Symptome seelischer und nervöser Störung, ja selbst gegen das Bettnässen, ohne Weiteres mit Stockschlägen vorgeht. Sollten solche Schläge den an Körper und Geist kränkelnden Kindern nicht viel schmerzlicher und nachtheiliger sein als tobenden Geisteskranken die Last von Fesseln?

Mittheilungen.

— **Fortschritte der Psychiatrie.** Die „Neue Zürcher Zeitung" vom 8. d. M. bringt folgende erfreuliche Nachricht: „Im Café „Zimmerleuten" zu Zürich konstituirte sich Freitag, den 6. Dezember, eine Vereinigung von Psychiatern und Juristen zur Besprechung von gemeinsam interessierenden Fragen. Die Vereinigung setzt sich zum Ziele, ein besseres gegenseitiges Verständniss, ein practisches Zusammenarbeiten beim Lösen einzelner Aufgaben herbeizuführen. Das Hauptgebiet, auf dem die Juristen mit den Psychiatern gemeinsam arbeiten, ist der Strafprocess; auf diesen bezogen sich vor allem die acht Thesen des Herrn Directors Dr. Frank in Münsterlingen, die bei der ersten Sitzung zur Discussion vorlagen. Herr Dr. Frank wünscht, dass bei der Ausbildung der Juristen die Psychologie und Psychiatrie mehr als bisher berücksichtigt werden, dass speciell für die Studenten der Jurisprudenz practische Kurse ertheilt werden, wie dies bereits in Heidelberg geschieht. Das Postulat wurde allgemein unterstützt; nur fand einer der Herren Juristen, dass solche Kurse viel mehr Werth hätten für Männer, die bereits einige Jahre in der Praxis gestanden hätten, als für Studenten. Verschieden waren die Meinungen über die These, dass die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit nur Aufgabe des Psychiaters, niemals des Richters sein könne. Gerade in diesem Punkt stehen ja im allgemeinen die Anschauungen der Juristen und Psychiater einander gegenüber. Herr Director Dr. Frank verlangte ferner, dass die Frage der Unzurechnungsfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht dem Wahrspruch der Geschworenen überwiesen werden sollte. Dieses Postulat wurde auch von solchen Juristen unterstützt, die mit der gegenwärtigen Institution des Schwurgerichtes zufrieden sind; denn keine Frage eignet sich für die schwurgerichtliche Beurtheilung so wenig, wie diejenige nach der Zurechnungsfähigkeit eines Angeklagten."

Wie wir erfahren, ist es speciell der Initiative des Herrn Prof. Bleuler, unseres sehr verehrten Mitherausgebers, zu danken, dass diese schon seit längerer Zeit geplante Vereinigung nunmehr zu Stande gekommen ist. —

Zu dieser Nachricht dürfen wir noch eine zweite hinzufügen: Im Verlage des Herrn C. Marhold, der die psychiatrische Bewegung mit seinen erprobten buchhändlerischen Kräften nun schon seit einer Reihe von Jahren opferwilligst unterstützt, beginnt in den nächsten Tagen eine zwanglose Sammlung von Abhandlungen „Juristisch-psychiatrische Grenzfragen" zu erscheinen. Herausgeber sind Prof. Dr. jur. Finger (Halle a. S.), Professor Dr. Hoche (Freiburg i. Br.) und der Redacteur dieser Zeitschrift. Das Programm dieser „Grenzfragen" besagt folgendes:

Das Grenzgebiet der Rechtswissenschaften und der Lehre von den krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens hat von jeher für Juristen und Irrenärzte, ebenso wie für Psychologen ein besonderes Interesse gehabt. Auf diesem Gebiete wird der Streit um fundamentale Begriffe dieser Wissenschaften ausgetragen, hier wird vielfach entschieden, welcher der drei Wissenschaften die Lösung einzelner Fragen zuzuweisen ist, womit von vornherein die Methode ihrer Behandlung bestimmt und mittelbar die Art der Lösung beeinflusst wird

Das Interesse für die dem Grenzgebiete zwischen den medicinischen Wissenschaften, der Jurisprudenz und Psychologie angehörenden Fragen ist derzeit mit Rücksicht auf zahlreiche durch die Einführung des bürgerlichen Gesetzbuches erwachsende Fragen, namentlich aber wegen der bevorstehenden Revision des Strafrechts ein wesentlich gesteigertes. Es schien daher zweck- und zeitgemäss, einen litterarischen Mittelpunkt zu schaffen, welcher der gemeinsamen Erörterung der einschlägigen Fragen dient und die Verständigung über strittige Punkte anzubahnen bestimmt ist.

Der Bestand von Vereinigungen wie die „forensisch-psychiatrische" in Dresden, die „forensisch-psychologische" in Göttingen ist ein deutliches Zeichen dafür, dass eine wissenschaftliche Aussprache zwischen Medicinern, Juristen, Philosophen über die Grenzfragen ihrer Wissenschaften ein Bedürfnis geworden ist.

Diesem Bedürfnis sollen die juristisch-psychiatrischen Grenzfragen dadurch dienen, dass sie Abhandlungen von Medicinern und Juristen bringen werden über die beide Gebiete interessirenden Fragen wie beispielsweise folgende: verminderte Zurechnungsfähigkeit, Einfluss derselben auf den Strafvollzug; Strafvollzug bei Degenerationszuständen; Einfluss der Geistesstörungen auf Eides- und Testirfähigkeit; Ehescheidung wegen Geisteskrankheit u. s. w. Auch Aufsätze administrativ- und socialpsychiatrischen Inhaltes sollen Aufnahme finden. Die „juristisch-psychiatrischen Grenzfragen" wollen nicht eine bestimmte wissenschaftliche Richtung vertreten, sondern jeder wissenschaftlich begründeten Meinung offen stehen.

Die juristisch-psychiatrischen Grenzfragen werden in zwangloser Folge in jedesmal in sich abgeschlossenen Heften und zum Abonnementspreis von M. 6,— pro Band = 8 Hefte erscheinen; einzelne Hefte sind zu einem etwas erhöhten Preise erhältlich.

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (I. Sitzung vom 26. October 1902, Vorm.)

Alterspräsident Karl Bolyó begrüsst in herzlichen Worten die Versammelten, worauf der Congress sich constituirt, indem Ministerialrath Cornel Chyzer zum Präsidenten und Sectionsrath Gedeon Raisz zum Präsidenten-Stellvertreter gewählt wurden.

Letzterer übernimmt in Abwesenheit Chyzer's den Vorsitz und dankt für die ihm erwiesene Ehre. Er betont, dass im ganzen Sanitätsdienst eben das Irrenwesen jenes Gebiet ist, auf welchem ärztliches Fachwissen, administrative Thätigkeit, bürgerliches Recht und Strafrecht sich an unzähligen Punkten berühren. Gerade im Kreise des Irrenwesens sei es daher gerechtfertigt, wenn jene, die infolge der Verschiedenheit ihres Berufes für gewöhnlich in den verschiedensten Wirkungskreisen thätig sind, Gelegenheit suchen, von Zeit zu Zeit mit der Unmittelbarkeit des persönlichen Verkehrs und des gesprochenen Wortes in Ideenaustausch miteinander zu treten und so zum Wohle der Sache, der sie gemeinschaftlich zu dienen berufen sind, ihr Wissen gegenseitig zu bereichern.

Nach der mit Beifall aufgenommenen Rede wurde das Bureau gewählt, worauf Secretär Ladislaus Epstein seinen Bericht verliest, in welchem er u. a. Karl Laufenauers Verdienste um Psychiatrie und Irrenwesen in warmen Worten würdigt. Er erwähnt ferner, das Organisations-Comité habe den Beschluss gefasst, dass Standesfragen im Laufe dieses Congresses nicht besprochen werden sollen, sondern dass ausschliesslich wissenschaftliche Fragen zur Verhandlung gelangen. Hierauf stellt der Secretär die Vertreter der Behörden und verschiedenen Körperschaften vor und legt schliesslich dem Congresse die Beschlüsse der Commission über die dem ersten Congresse eingereichten Anträge vor.

Hierauf folgt die Tagesordnung.

1. Die Grundprincipien des Gesetzes über das Irrenwesen. Referent: O. Schwartzer de Babarcz.

Der Vortragende erhielt von der Reform-Commission des Landes-Sanitätsrathes den Auftrag, als Grundlage für ihre Verhandlungen einen Gesetzentwurf über das Irrenwesen auszuarbeiten. In seinem Vortrage will Sch. also jene Principien erörtern, auf welchen das neue Gesetz aufgebaut werden müsse. Der Vortrag enthält nicht bloss die Besprechung und übersichtliche Zusammenfassung aller jener zerstreuten Ministerial-Verordnungen, welche in dieser Angelegenheit erschienen sind, sondern er enthält auch wichtige und interessante Neuerungen.

Nach einem kurzen Rückblick auf die Geschichte der Gesetzgebung über das Irrenwesen folgen die acht Abschnitte des Vortrages.

Im ersten Abschnitte wird betont, dass die Leitung des Irrenwesens eine staatliche Aufgabe ist. Die Frage, ob die Definition der Geisteskrankheit im Gesetze enthalten sein muss oder nicht, wird verneinend beantwortet.

Der zweite Abschnitt behandelt die Unterbringung der Geisteskranken und behält das bisherige System bei. Die Internirung in Anstalten wird auf solche Geisteskranke beschränkt, deren Freiheit entweder für die öffentliche Sicherheit oder für die eigene Person in Gefahr sein könnte. Hierauf folgt die Definition des Begriffes der Irrenheilanstalt, der öffentlichen und privaten Anstalten, die Bedingungen, unter welchen eine solche Anstalt eröffnet werden kann und die Vorschriften, nach denen sie eingerichtet sein muss. Auch die Frage der Irren-Colonien wird kurz erörtert.

Im dritten Abschnitte wird die Aufnahme in die Anstalt besprochen, die Bedingungen, unter welchen man den Geisteskranken aufnehmen darf oder aufnehmen muss. In der wichtigen Frage, auf welche

Art und Weise die Aufnahme in das Institut und die Diagnose der Geisteskrankheit zu erfolgen hat, wird das heute zu Recht bestehende Statut einer strengen Kritik unterzogen und die Forderung aufgestellt, dass die natürliche Controlle auch auf die staatlichen Institute ausgedehnt werde.

Der vierte Abschnitt regelt die Modalitäten der Entlassung aus der Anstalt. Dieselbe erfolgt, wenn es sich herausstellt, dass die betreffende Person gar nicht geisteskrank ist, wenn sie geheilt oder nicht mehr gefährlich ist. Neu ist hier die Verfügung, dass in Fällen, in welchen die Direction der Anstalt und die Angehörigen des Kranken in der Frage der Entlassung desselben aus der Anstalt nicht einig werden können, die richterliche Entscheidung angerufen werden muss. Hier wird auch die Beurlaubung, die Flucht und der Transport der Kranken eingehend besprochen.

Der fünfte Abschnitt handelt von der Beaufsichtigung der Irren und regelt die bei uns sehr vernachlässigte Frage der Beaufsichtigung solcher Geisteskranken, die sich ausser der Anstalt befinden. Zu diesem Zwecke sollen eigene Aufsichts-Behörden geschaffen werden, als deren Centralorgan im Ministerium des Innern ein eigener Landes-Senat für Irrenwesen organisirt werden müsste.

Der sechste Abschnitt behandelt eine Neuerung. Es soll gestattet werden, dass auch Nicht-Geisteskranke in Irrenheilanstalten aufgenommen werden. Es soll also für solche, die freiwillig eine Anstalt aufsuchen wollen, in welcher sie Schutz gegen eine Erkrankung suchen, die im Entwickeln begriffen ist und im betäubenden Lärme der Aussenwelt sicher zum Ausbruch käme, die Möglichkeit gegeben sein, Aufnahme und Heilung zu finden. Diese Institution wird mit so vielen Cautelen umgeben, dass sie zu Missbräuchen durchaus keinen Anlass geben kann.

Der siebente Abschnitt enthält die speciellen Verfügungen, die sich auf Geisteskranke beziehen, welche von einem Verbrechen freigesprochen wurden.

Der achte Abschnitt enthält die Strafbestimmungen.*)

Discussion.

Moravcsik: Trotzdem das vorliegende Elaborat so detaillirt und auf so breiter wissenschaftlicher Basis aufgebaut ist, dass wir dem Verfasser, dieser hervorragenden Autorität auf dem Gebiete der heimischen Psychiatrie, zu warmem Danke verpflichtet sind, wünsche ich doch zu bemerken, dass eine Umschreibung des Begriffes der Geisteskrankheit in irgend einer fassbaren verständlichen Form sehr angezeigt gewesen wäre. Selbst der Entwurf des neuen bürgerlichen Gesetzbuches gebraucht eine Reihe von Ausdrücken, wie „Geistesschwäche", „Blödsinn", „Geisteskrankheit", stellt hier sogar Categorien fest, die sich auf die Entschliessungsfähigkeit solcher Kranken beziehen und sehr geeignet sind, zur Verwirrung der Begriffe beizutragen.

Der Zweck meiner Worte ist vom Standpunkte des Psychiaters aus zu betonen, dass zwischen Geistesschwäche und Geisteskrankheit kein Unterschied besteht und dass dieser Umstand im vorliegenden Elaborate schärfer zum Ausdruck gelangen müsste. Denn Geistesschwäche ist im Gegensatze zur physiologischen geistigen Beschränktheit ein ausgesprochen pathologischer Zustand.

v. Oláh: Mit den führenden Principien, den Grundideen des Entwurfes stimme auch ich vollkommen überein. Das Irrenhaus hat aufgehört, eine rein polizeiliche Institution zu sein und der Schwerpunkt des Irrenwesens liegt heute nicht mehr im Einsperren, sondern im Heilen der Geisteskranken. Dieser Standpunkt wird in dem im Geiste des Vortragenden zu schaffenden Gesetze zweifellos besser zur Geltung kommen, als heute.

Besondere Wichtigkeit messe ich dem Umstande bei, dass von nun an nicht jeder Geisteskranke dem vormundschaftlichen Verfahren unterworfen werden soll. Das Entmündigungsverfahren, die öffentliche Verhandlung desselben, die Urtheilverkündigung hält die leichteren Krankheitsfälle von der Anstalt fern und diese kämen so nur zu schweren Fällen. Ich kann nicht einsehen, warum zum Beispiel wegen einer Intoxications- oder Puerperal-Psychose, also wegen eines vorübergehenden Uebels, der schwerfällige Apparat des Vormundschaftsverfahrens in Thätigkeit gesetzt werden müsste.

Wir sehen ja auch bei anderen Erkrankungen, z. B. beim Typhus, schwere Bewusstseinsstörungen und doch wird niemand daran denken, hier ein Entmündigungsverfahren einzuleiten.

Freudigst begrüsse ich den Vorschlag, dass man in Irrenheilanstalten auch freiwillig sich Meldende aufnehmen könne. Nicht nur im Interesse dieser wenigen Kranken, die sich freiwillig zur Aufnahme melden werden, ist diese Neuerung zu bewillkommen. Von grosser Tragweite ist der Umstand, dass das Institut den Kranken und deren Familie in ganz anderem Lichte erscheinen wird, wenn es in das Allgemeinbewusstsein übergehen wird, dass hier auch freiwillig die Anstalt aufsuchende Kranke Aufnahme finden. Dieser kleine, fromme Betrug kann in vielen Fällen von grossem Nutzen sein.

Ein wichtiges Moment ist ferner die successive Entlassung der Kranken. Das Elaborat erwähnt die probeweise Entlassung, Beurlaubung. Die Intention ist dieselbe. Wir können bei dem zu entlassenden Irren selbst auf Grund unserer Beobachtungen und Erfahrungen im Institute niemals voraussagen, wie er sich ausserhalb des Institutes benehmen wird, und nachdem nicht jeder Kranke über eine solche Umgebung, Verwandtschaft etc. verfügt, die zur Beaufsichtigung geeignet wäre, ist es viel angezeigter, wenn die Kranken zuerst ausserhalb der Anstalt, z. B. in der Nähe derselben gehörig instruirten Leuten für die Dauer einer Probe-Beurlaubung übergeben werden.

Schliesslich halte ich es für eine Cardinal-Forderung des Irrenwesens, dass die sogenannte Irrenhaus-Qualification modificirt werde. Es ist ganz unrichtig, das Recht zum Behandeltwerden an das Criterium der Heilbarkeit oder der Gemeingefährlichkeit zu binden. Die Irrenheilkunde kann auch in jenen Fällen viel leisten, wo eine Heilung ausgeschlossen ist. Ich halte also die Modification der Irrenhaus-

*) Demnächst erscheint ein ausführlicher Artikel über diesen Entwurf. Red.

Qualification für eine der wichtigsten Gründe der Revision des Gesetzes und glaube, dass der diesbezügliche § des Gesetzes dahin abzuändern ist, dass jeder solche unbemittelte Nerven- und Geisteskranke — ohne Rücksicht darauf, ob er gemeingefährlich ist oder nicht —, welcher infolge seiner Krankheit der öffentlichen Versorgung bedarf und in der Irrenheilanstalt schon darum am besten aufgehoben ist, weil das freie Leben, wie auch die Armenhaus- und Gemeinde-Versorgung ihm schädlich werden könnte, Anspruch auf Behandlung im Irrenhause habe. Auch hätten im Rahmen dieses Elaborats einige Initiativen zur socialen Prophylaxe der Geisteskrankheiten Platz finden können. Hier wäre noch sehr viel zu thun, so im Kampf gegen den Alkohol, gegen die Luës, in der zwangsweisen Internirung von Trunksüchtigen u. s. w. Das Gesetz über das Irrenwesen kann nicht ausschliesslich zum Gesetz über Irrenheilanstalten werden, es muss tiefer in das Leben eindringen. Es ist mein Glaube und meine Ueberzeugung, dass die psychiatrischen Bestrebungen des XX. Jahrhunderts den Character einer ausgebreiteten Vertheidigungs-Action annehmen werden. In allem anderen halte ich dafür, dass die Grundideen des Elaborates geeignet sind, bei der Codificirung eines Gesetzes über das Irrenwesen als Grundlage zu dienen.

Fischer betont, dass der Schwerpunkt der Frage darin liegt, dass eine genügend grosse Anzahl von Irrenanstalten vorhanden sei. Er wünscht zweierlei Institute: Grosse, für unheilbare Kranke bestimmte Sammelanstalten und kleinere Anstalten für heilbare Kranke.

Telegdi: wünscht, dass die Leiter auch jener Irrenanstalten, welche im Anschlusse an bestehende Krankenhäuser geschaffen werden, Fachleute mit specieller psychiatrischer Vorbildung sein sollen. Diese führen die Abtheilung selbstständig auf eigene Verantwortung. Wird ein Geisteskranker von einer Anstalt in eine andere gebracht, so ist auch sein Vormund zu Rathe zu ziehen.

Konrád: Ich schliesse mich vollständig jener Ansicht des Vortragenden an, dass es unmöglich ist, eine vollkommene, erschöpfende, jedes Attribut der Krankheit umfassende Definition der Geisteskrankheit zu geben. Diese Definition braucht auch gar nicht in das Gesetz aufgenommen zu werden. Aber es ist wohl zu überlegen, ob diese Definition des Begriffes „geisteskrank" selbst nicht doch in das Gesetz aufgenommen werden soll. Im einheitlichen Gesetzentwurfe der Republik Schweiz über das Irrenwesen wurde diese Definition aufgenommen und lautet beiläufig folgendermassen:

Geisteskrank ist:

1. Wer an einer angeborenen oder erworbenen Geisteskrankheit leidet.

2. Wer auch ohne tiefere Störung der Vernunft an (insbesondere auf constitutioneller Basis beruhenden) pathologischen Instinkten und Neigungen oder schweren moralischen Defecten leidet.

3. Wer sich durch narcotische Gifte (Alcohol, Morphium etc.) Schaden zufügt, sobald er infolge seines Zustandes unfähig geworden ist, über sich selbst zu verfügen und die Rechte anderer zu achten, zum Schutze der eigenen Person jedoch der Pflege und Aufsicht bedarf oder anderen bedeutenden Schaden zufügt oder gemeingefährlich wird.

Der practische Werth dieser Definition wäre der, dass wir gegenüber solchen Degenerirten und Decadenten, welche sich gegen die Insinuation, geisteskrank zu sein, vertheidigen und die Oeffentlichkeit glauben machen, sie wären geistig gesund, eine gesetzliche Handhabe bekämen.

Ich empfehle meine Proposition der Aufmerksamkeit des Vortragenden.

Die Idee der Fachkurse für das Wartepersonal ist zu billigen, doch müssen die Bezüge der Wärter erhöht werden. Nach einigen Bemerkungen administrativer Natur empfiehlt K. die Annahme der Vorlage.

Szigeti: Die frühzeitige Entmündigung des Geisteskranken ist sowohl vom Standtpunkte des bürgerlichen als auch von dem des Strafrechtes aus ausserordentlich wichtig; dieselbe soll anfangs bloss eine temporäre sein; nach Ablauf eines Jahres muss sie erneuert werden und erst nach Ablauf des zweiten Jahres wird sie eine bleibende. Die baldmöglichste Entmündigung ist nothwendig, damit der Rechtsschutz des Kranken für alle Fälle gesichert ist.

Salgó: Unter den heutigen Verhältnissen hat die Irren-Anstalt noch immer den Character einer Detentions-Anstalt und die Detention ist noch immer viel wichtiger als die Behandlung der Kranken. Sowohl die Aufnahme als auch die Entlassung der Kranken geht mit grossem Apparate vor sich und gehört in den Wirkungskreis der Aerzte der Anstalt. Diese vielseitigen Agenden entziehen den Arzt seiner eigentlichen Aufgabe. Besonders in der Frage der Entlassung hat ausschliesslich der Arzt zu entscheiden und das giebt Anlass zu verschiedenen Missbräuchen oder Irrthümern. Darum ist der Vorschlag des Entwurfes, dass die Institute durch externe Commissionen, in welchen neben Aerzten und Juristen auch Laien Platz finden mögen, controlliert werden sollen, unbedingt anzunehmen. Diese Commission hätte das Institut systematisch zu besuchen, sie untersuche die Kranken und entscheide in allen Angelegenheiten, welche sich auf die Kranken beziehen.

Lechner: Die im Entwurfe enthaltenen Ideen und Principien finden meine volle Zustimmung. Nur eine Bemerkung möchte ich machen. Derjenige Theil des Elaborates, welcher sich damit befasst, dass auch freiwillig sich Meldende in eine Anstalt aufgenommen werden können, bedarf einer gewissen Ergänzung. Wir kennen nämlich eine ganze Reihe von Krankheitsformen, über deren Stellung in der Psycho-Pathologie wir Sachverständige selbst nicht recht klar werden können. Es sind das Übergangsformen von zweifelhafter Natur, wie sie in der Praxis so häufig vorkommen und gerade diese wären zur Behandlung in der Anstalt oft ganz besonders gut geeignet. Es müsste also ausgesprochen werden, dass auch Alcoholiker, Nervenkranke, Gemüthskranke, Epileptiker in die Anstalt aufgenommen werden dürfen. Das ist eine sociale Nothwendigkeit, denn Wohlhabende lassen

sich in Sanatorien aufnehmen, Unbemittelte bleiben ohne Behandlung. In vielen Fällen würde die Internirung und Behandlung, bezw. Erziehung in der Anstalt solche Kranke retten. Darum wünsche ich, dass nicht nur Geisteskranke, sondern auch Nerven- und Gemüthskranke, Alcoholisten u. s. w. aufgenommen werden können.

Epstein hält es im Interesse der Kranken für nothwendig, dass im Falle, als dieselben „geheilt" entlassen werden, die Direction der Anstalt bei der Entlassung die Behörde officiell verständige, dass das Verfahren zur Aufhebung der Vormundschaft einzuleiten sei. Dieser Vorgang wäre besonders für Unbemittelte von grosser Wichtigkeit, denn diese haben weder das nöthige Geld dazu, noch kennen sie Mittel und Wege, wie man um Aufhebung der Vormundschaft nachsuchen muss. (Fortsetzung folgt.)

— Ueber die kürzlich erfolgte Aufdeckung der Missstände in **San Servilio** brauchen wir unsere Leser wohl nur auf den Artikel unseres sehr verehrten Herrn Mitherausgebers Privatdocent Dr. med. et phil. Weygandt in Nr. 19, II. Jahrgang zu verweisen. Hingegen dürfte psychologisch interessant sein, was dazu ein kirchliches Blatt schreibt:

„Widerrechtlich und gewaltsam wurde der geistliche Director des Irrenhauses von seinem Amte entfernt; jahrzehntelang sind die gutmüthigen Mönche von der Provinzialverwaltung*) aufs Empörendste ausgebeutet worden und jetzt erhalten sie den Tritt der Ungläubigen für ihren Edelsinn (!) und ihren unerschöpflichen Opfermuth. Warum? Ihre Methode soll nicht mit der Wissenschaft vereinbar sein? Was ist die Wissenschaft?!! Sicherlich ist auch diese Verfolgung von der Liebe Gottes geschickt, um den verfolgten Dienern seiner Kirche neue Verdienste im Himmel zu erwerben." (!)

— **Gabersee**. Unter den „Mittheilungen" dieser Wochenschrift Nr. 36 S. 398 ist eine die oberbayerische Kreisirrenanstalt Gabersee betreffende Nachricht enthalten, welche der Richtigstellung bedarf.

Richtig ist, dass 1901 u. 1902 in Gabersee zahlreichere, meist leichtere Typhusfälle unter den Pfleglingen wie unter dem Personal aufgetreten sind. Dieselben sind jedoch nicht auf die „schlechte" Qualität des hiesigen Trinkwassers, sondern auf die Quantität des bisher zur Verfügung stehenden Wassers zurückzuführen, indem dieselbe es unmöglich machte, das Schwemmsystem einzuführen. Das hiesige Trinkwasser ist tadellos, aber das Wasserquantum = $1^3/_4$ Secundenliter bei einem Krankenstand von etwas mehr als 600 unzureichend. Der Typhus ist hier indirect durch das noch bestehende Tonnensystem verursacht, indem ein Theil des Anstaltsterrains durch Fäcalien verunreinigt und inficiert wurde. In diesem Falle lässt sich fast zur Evidenz nachweisen, dass der ursprüngliche Typhusherd im Boden, auf Wiesen, liegt, von wo aus er in die Gebäude und Abtheilungen übertragen wurde.

Ein Project für ausgiebige Wasserversorgung ist übrigens bereits ausgearbeitet und die zur Einrichtung des Schwemmsystems nöthigen Mittel bereits bewilligt.

Dr. Dees.

*) Anm. d. Red.: Merkwürdiger Weise fallen manche Prov.-Verwaltungen immer wieder darauf hinein!

Erwiderung.

Verspätet ersehe ich erst, dass mich, ebenso wie Herrn Collegen von Wagner in Wien, Herr Director Pfausler in einem Artikel, der in Nr. 32 Ihrer Wochenschrift erschienen, zum Object eines scharfen Angriffes gemacht; indem ich mir vorbehalten muss, vielleicht später ausführlich auf das Sachliche des Angriffes, insoferne es sich um die von Herrn Director Pfausler erwähnte Irrengesetz-Enquête handelt, zurückzukommen, wobei dann möglicherweise auch der andere College dazu Stellung nehmen wird, muss ich doch schon jetzt auf die darin vorkommenden, meinem persönlichen Vorgehen gewidmeten Bemerkungen reagieren. —

Herr Director Pfausler verweist zur Begründung seiner Ansicht über die Stellung der Anstaltsärzte im Entmündigungsverfahren der in den Anstalten untergebrachten Kranken darauf hin, dass ich während meiner Dienstzeit als Director in Dobrzan als psychiatrischer Experte in diesem Verfahren fungiert habe; dass ich weiter gegen den sich um diese Function bewerbenden dortigen Stadtarzt Stellung genommen; an diese zwei Feststellungen knüpft er dann weiter Bemerkungen, die in dem Citate eines Wortes des Justizministers von Körber gipfeln: „Es soll einerlei Recht sein für alle".

Darauf habe ich folgendes sachlich richtig zu stellen:

1) Als ich Ende 1880 zur leitenden Stellung in Dobrzan berufen worden war, wurde ich von den Gerichtsbehörden nach längerem Sträuben meinerseits und nachdem es zu einem förmlichen Conflicte gekommen war, sozusagen gezwungen als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren über die in der Anstalt untergebrachten Kranken mitzuwirken;

2) Amtlich gegen den Stadtarzt Stellung zu nehmen, hatte ich keine Veranlassung, da ich gewiss von den Behörden nicht befragt wurde; sollte ich das aber privatim, was ich mich jetzt, nachdem ich vor mehr als 16 Jahren aus jener Stellung geschieden, nicht mehr zu erinnern weiss, gethan haben, dann geschah es gewiss nicht deshalb, weil der betreffende nicht Anstaltsarzt war;

3) Seitdem ich meine Stellung als Vorstand der psychiatrischen Klinik inne habe, habe ich, und ich betone natürlich aber auch nicht ein einziges Mal als Sachverständiger bei der Entmündigung der in meiner Klinik untergebrachten Kranken mitgewirkt.

Die vorstehenden sachlichen Richtigstellungen werden einerseits genügen, um meine Stellung zur ganzen Frage und deren Behandlung in der Enquête ins richtige Licht zu stellen, andererseits aber auch dem geneigten Leser es ermöglichen, sich ein Urtheil zu bilden über die Berechtigung der Ausführungen des Herrn Director Pfausler und speciell der von ihm gemachten dunklen Andeutungen über die inneren und äusseren Wandlungen auf dem Wege von der Irren-Anstalt bis zur academischen Katheder. —

Prag, 6. Dezember 1902. Prof. A. Pick.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 243.

Nr. 39. 27. December. **1902.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6395), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber die Familienpflege in Göttingen.

Von Dr. *H. Behr*, vorm. Assistenzarzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Göttingen, jetzt in Lüneburg.

(Nach einem Vortrag in der Jahresversammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens in Hannover am 3. Mai 1902.)

Mit dem Beginn des Jahres 1901 ist man an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen mit der Einrichtung der Familienpflege vorgegangen. Nachdem von Seiten des Directors der Anstalt, des Herrn Professor Cramer, die nöthigen vorbereitenden Schritte getroffen und vor allem die maassgebenden Persönlichkeiten in den für die Familienpflege zunächst in Aussicht genommenen Dörfern für die Sache gewonnen waren, ein Schritt, der durch das Entgegenkommen und das Interesse des betreffenden Königl. Landrathsamtes wesentlich erleichtert wurde, wurden im Januar des vergangenen Jahres die ersten Kranken in Pflege gegeben. Allmählich hat sich ihre Zahl vergrössert, das Misstrauen, das die Landbevölkerung neuen derartigen Einrichtungen naturgemäss entgegenbringt, schwand sehr schnell, als die ersten Kranken sich in jeder Beziehung gut bewährten, die Zahl der Anmeldungen nahm dauernd zu, so dass es lediglich dem Mangel an geeigneten Krankenmaterial zuzuschreiben ist, wenn am 1. April 1902, also nach $1\frac{1}{4}$ jährigem Bestehen, erst 26 Kranke, 22 Männer und 4 Frauen in Familienpflege untergebracht waren, die sich auf die Ortschaften Elliehausen, Hetzershausen, Ellershausen und Grone vertheilten. Sämmtliche Dörfer liegen in der nächsten Umgebung von Göttingen und sind von der Anstalt aus bequem und schnell zu erreichen.

Wenn ich zuerst auf die äusseren Vorgänge näher eingehen darf, so wurde dabei derart verfahren, dass, sobald sich ein Pfleger gemeldet hatte, zunächst mit der Aufnahme der betreffenden Pflegestelle durch einen Arzt begonnen wurde, und zwar an der Hand

eines Fragebogens, wie er seit längeren Jahren in Uchtspringe in Gebrauch ist und sich bewährt hat. Eine besondere Berücksichtigung fand dabei in erster Linie die Kammer der Kranken, es wurde ein Luftinhalt von mindestens 15 cbm verlangt, das Zimmer musste reichlich erhellt und gut zu lüften sein. Am liebsten wurden mit Rücksicht auf die Reinlichkeit Zimmer gewählt, deren Wände einfach geweisst und nicht tapeziert waren; nach Vorschrift des Contractes musste der Anstrich der Wand jedes Jahr mindestens einmal erneuert werden. Abgesehen von dem nothwendigen Mobiliar, einem gut erhaltenen und sauberen Bett muss jede Kammer eine Garderobe enthalten, die lediglich für die Kleidungsstücke der Kranken bestimmt war. Um einmal die Kranken vor Störungen seitens der übrigen Hausbewohner zu schützen und um andererseits bei etwa eintretenden Erregungszuständen des Kranken Unannehmlichkeiten irgend welcher Art vorzubeugen, wurde ferner Werth darauf gelegt, dass die Zimmer, die mit der Kammer des Kranken in directer Verbindung standen, während der Nacht unbewohnt blieben.

Besonders sorgfältig controllirt wurden weiter bei der Aufnahme neuer Pflegestellen die Wasserverhältnisse; die Lage des Brunnens, die Nähe von Dunggruben wurde dabei entsprechend berücksichtigt, das Wasser selbst auch in jedem Falle auf sein Aussehen und seinen Geschmack hin untersucht. In einigen Fällen, in denen das Trinkwasser aus einem Bach bezogen wurde, sind die Gesuche der betreffenden Landwirthe von vornherein abgelehnt. Ueber den Leumund und die Vermögensverhältnisse des Pflegers gab gewöhnlich der Bauermeister des Dorfes Auskunft, er diente gewissermaassen als Vertrauensmann, achtete auf sämmtliche Kranke, die in der betreffenden Ortschaft untergebracht waren, und machte dem controllirenden Arzt von eventuell vorgekommenen Unregelmässigkeiten entsprechend Mittheilung. Fand sich ein für die Familienpflege geeigneter Kranker, wobei, soweit es möglich war, auf die Wünsche des Pflegers Rücksicht genommen wurde, so wurde vom Director der Anstalt die Pflegestelle nochmals revidirt, und dann, falls sie den Ansprüchen genügte, der Vertrag mit dem Pfleger abgeschlossen.[*] Der Vertrag verlangt als erste Bedingung, dass der Kranke absolut als zur Familie des Pflegers gehörig betrachtet wird, er soll über Tag stets mit ihr zusammen sein, vor allem auch die Mahlzeiten gemeinschaftlich mit den übrigen Familienmitgliedern einnehmen. Weiter giebt der Vertrag dem Pfleger genaue Vorschriften über die Behandlung der Kranken, die Anhaltung zur Sauberkeit, ebenso über die Instandsetzung und Reinlichkeit des Zimmers und der Kleidung. Während die Anstalt sämmtliche Kleidungsstücke liefert, sie, sobald sie unbrauchbar geworden sind, ersetzt, das Schuhzeug auch reparirt, ist der Pfleger verpflichtet, die Leibwäsche der Kranken zu waschen und auch sonst in brauchbarem Zustand zu erhalten.

Der Pfleger erhält für den Kranken als Kostgeld je nach der Arbeitsfähigkeit 60 — 80 Pfg. pro Tag, die ihm monatlich postnumerando frei durch die Post zugesandt werden. Der einmal bestimmte Betrag für einen Kranken ist jedoch kein definitiver, vielmehr kann der Verpflegungssatz, wenn der Kranke sich nicht so bethätigen sollte, wie angenommen war, oder wenn seine Pflege sonst in irgend einer Weise besondere Schwierigkeiten und Mühe macht, jeder Zeit von Seiten des Directors der Anstalt erhöht und im entgegengesetzten Falle herabgesetzt werden, allerdings immer nur in der Grenze zwischen 60 und 80 Pfg. Dieser Vertrag zusammen mit dem vorher erwähnten Fragebogen gehen alsdann an das Landesdirectorium, das den Vertrag endgültig genehmigt und ihn der Direction der Anstalt zurücksendet.

Jeder Kranke, der in Familienpflege gegeben wird, wird mit der gleichen Anzahl gut erhaltener und brauchbarer Kleidungsstücke und Wäsche ausgerüstet und zwar erhielt er in jedem Falle einen Arbeitsanzug, einen neuen schwarzen Anzug für die Feiertage, 2 Arbeitskittel, 2 Paar feste Schuhe, 1 Paar Hausschuhe, weiter 6 Hemden, 6 Paar Strümpfe und die entsprechende Anzahl Taschentücher, Hüte, Mützen und dergl. Die mitgegebenen Kleidungsstücke werden dem Pfleger beim Abholen des Kranken vorgezählt und das Verzeichniss der erhaltenen Sachen vom Pfleger unterschrieben. Ein gleiches Verzeichniss erhielt er selbst und zwar in dem Controllbuch, einem kleinen Octavheft, in das der revidirende Arzt auch den Tag der Revision und seinen Namen einträgt, das weiter auch als Gewichtsbuch dient und stets vom Pfleger mitgebracht werden muss, wenn die Kranken, was vorschriftsmässig einmal im Vierteljahre geschehen soll, thatsächlich aber häufiger geschieht, zum Baden und Wiegen in die Anstalt gebracht werden. Es werden in dieses Buch auch etwaige körperliche Erkrankungen, Anweisungen an die Pfleger vermerkt. Ein weiteres Revisionsbuch liegt im Conferenzzimmer der Anstalt aus. Hier hinein werden alle Beobachtungen des revidirenden Arztes über das Verhalten der Pfleglinge sowohl wie der Pfleger, über die Sauberkeit und Ordnung in der Kammer des Kranken, die Reinlichkeit der Wäsche regelmässig nach jedem Besuch eingetragen.

Was die ärztlichen Revisionen selbst betrifft, so gilt eine besondere Vorschrift dabei nicht. Nach unseren Erfahrungen ist es dringend geboten, die frisch in Familienpflege überführten Kranken am 2. oder 3. Tage zu besuchen, um zu sehen, ob sie sich in die neuen Verhältnisse eingelebt haben, oder ob die veränderte Umgebung und Lebensweise ungünstig auf sie einwirken. Sieht man später, dass die Pfleglinge sich gewöhnt haben, merkt man, dass auch die Pfleger es verstehen, mit den Kranken ordentlich umzugehen und sie richtig zu behandeln, so wird die Revision gewöhnlich alle 8—14 Tage wiederholt. Bei alten eingelebten Kranken genügt ein vierwöchentlich wiederkehrender ärztlicher Besuch vollkommen, besonders da man auch dem Pfleger dadurch gewissermaassen ein Vertrauensvotum giebt. 2 bis 3 mal im Jahr wurden sämmtliche Pfleglinge von dem Director besucht und ihre Zimmer revidirt. Weiter hatte der Oberwärter die Anweisung, von Zeit zu Zeit die Kleidungsstücke und die Wäsche der Pfleglinge auf ihre Brauchbarkeit hin zu untersuchen und für entsprechenden Ersatz zu sorgen.

Erwähnen möchte ich noch, dass jeder Pfleger, sobald er den für ihn bestimmten Kranken aus der Anstalt abholte, genau über die Art der Behandlung, die besonderen Eigenarten des Kranken vom Arzte informirt wurde, ebenso wie es ihm besonders ans Herz gelegt wurde, sofort der Anstalt Nachricht zukommen zu lassen, wenn der Pflegling irgendwie erkrankte oder andere abnorme Erscheinungen zeigen sollte. Ich darf schon hier erwähnen, dass die Pfleger in dieser Beziehung sich stets als sehr vorsichtig und zuverlässig erwiesen haben.

Weiter möchte ich jetzt etwas näher auf die Resultate der Familienpflege und die Erfahrungen, die wir mit den Kranken sowohl wie mit den Pflegern gemacht haben, eingehen. Allerdings ist die Zeit noch zu kurz, um aus unseren Erfahrungen bindende Schlüsse über die Vortheile und Nachtheile der Familienpflege ziehen zu können. Immerhin haben wir doch in der kurzen Zeit ihres Bestehens so gute Erfolge gesehen, dass ein weiterer Ausbau der Familienpflege sich in jeder Weise rechtfertigen lässt. Wie schon Anfangs erwähnt, befanden sich am 1. April d. J. 26 Kranke in Pflege, darunter 22 Männer und 4 Frauen. Bei der Auswahl der Kranken musste natürlich mit der grössten Vorsicht vorgegangen werden, besonders in der ersten Zeit, wo die Pfleger erst lernen mussten, die Kranken richtig zu behandeln, und wo jeder Unglücksfall, jede gefährliche Handlung seitens des Pfleglings die Einführung der Familienpflege sofort wieder in Frage stellen konnte. Es wurden daher grundsätzlich alle Kranken vermieden, die auf diese oder jene Weise mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen waren oder die im Verlauf ihrer Erkrankungen besonders während des Aufenthaltes in der Anstalt irgend welche schwere gewaltthätige Handlungen verübt hatten. Dass bei der grossen Anzahl derartiger crimineller und gewaltthätiger Elemente unter dem an und für sich nur geringem Bestande der Göttinger Anstalt die Ausdehnung der Familienpflege von vornherein sehr beschränkt wurde und sich nur langsam weiter entwickeln konnte, liegt auf der Hand. Ausgeschlossen von der Familienpflege waren weiter alle Epileptiker und Paralytiker sowie die alten siechen und besonderer Pflege bedürftigen Kranken. Ebenso war man mit Alkoholisten Anfangs vorsichtig, später haben wir auch mit ihnen unter entsprechenden Vorsichtsmaassregeln einen Versuch gemacht, ohne dass bislang irgend welche unangenehme Erscheinungen dabei aufgetreten wären, was immerhin bemerkenswerth ist, da der Bauer dort zu Lande keineswegs dem Principe der Abstinenz huldigt. Am besten eignen sich nach unseren bisherigen Erfahrungen zur Familienpflege die alten abgelaufenen Fälle von chron. Paranoia, die Fälle von secundärem Schwachsinn mässigen Grades, ebenfalls geeignet sind die Imbecillen, wenn auch bei der Neigung dieser letzteren Categorie zu impulsiven Handlungen besondere Vorsicht und eine genaue Controlle absolut geboten ist. Unsere ersten Pfleglinge gehörten deshalb auch zu den alten abgelaufenen Fällen, die sich verhältnissmässig sehr schnell in die neuen Verhältnisse einlebten und den Pflegern in keiner Weise Schwierigkeiten machten. Dazu kam noch, dass Anfangs nur gute Feldarbeiter abgegeben wurden. Es war das fraglos richtig gehandelt, denn es kam darauf an, mit der Familienpflege erst festen Fuss zu fassen, und den Bauern, wie man zu sagen pflegt, den Mund wässrig zu machen. Aber die Sache hatte späterhin die unangenehme Schattenseite, dass jeder Pfleger einen Feldarbeiter verlangte, seinen Kranken mit dem des Anderen verglich, unzufrieden war, wenn er nicht das gleiche leistete, und natürlich von einem reinen Pflegling nichts wissen wollte. — Später hat sich dieses Verhältniss etwas gebessert, wir hatten zuletzt verschiedene Kranke, die nur in sehr beschränktem Maasse arbeitsfähig waren, in Pflege, aber immer wieder bin ich bei der Aufnahme neuer Pflegestellen dem Wunsche seitens der Pfleger begegnet, sie möchten solch' einen Kranken haben, wie dieser oder jener habe, wobei stets auf die zuerst herausgegebenen Kranken als Muster hingewiesen wurde. Es dürfte sich daher empfehlen, sobald jetzt weitere Dörfer zur Familien-

pflege herangezogen werden sollen, hier in erster Linie auf Aufnahme reiner Pfleglinge zu dringen. Für die Frauen, um auch darauf mit ein paar Worten einzugehen, wurde Anfangs das Alter jenseits des Climacteriums verlangt, wir sind aber bald davon abgekommen und es befinden sich unter den 4 Frauen 2, die in jüngeren Jahren stehen. Es bedarf auch hier selbstverständlich der sorgfältigsten Controlle seitens des Arztes, ebenso wie auch die Pfleger ständig auf die Gefahren aufmerksam gemacht und zu einer besonders guten Beaufsichtigung der betreffenden Kranken ermahnt wurden. Irgendwelche Unannehmlichkeiten sind bislang nicht vorgekommen.

Wenn ich weiter auf die Frage eingehe, wie sich der Kranke selbst zu der Familienpflege stellt, ob er sich darin wohl fühlt, so glaube ich, obwohl die in Göttingen gemachten Erfahrungen erst eine verhältnissmässig kurze Zeit umfassen, doch für unsere Familienpfleglinge diese Frage in vollstem Maasse bejahen zu müssen. Ich bin während des Jahres, wo ich mich speciell mit der Familienpflege beschäftigt habe, niemals Klagen oder berechtigten Beschwerden seitens der Pfleglinge begegnet, ich habe vielmehr immer den Eindruck gehabt, als ob sich alle in den neuen Verhältnissen sehr wohl fühlten, wohler jedenfalls, wie in der geschlossenen Anstalt, und dieser Eindruck ist mir wiederholt seitens der Pfleglinge bestätigt worden. Kranke, die sich Anfangs auf alle mögliche Art und Weise gegen die Ueberführung in die Familienpflege gewehrt hatten, waren schon nach kürzester Zeit nicht nur vollständig beruhigt, sondern vollkommen zufrieden mit dem Wechsel, sie empfanden die grössere Freiheit, die ihnen dadurch gewährt wurde, dankbar und hatten die Anstalt meistens schnell vergessen. Bei einer ganzen Anzahl hielt es schwer, sie zum Baden in die Anstalt zu bringen, weil sie der irrthümlichen Ansicht waren, sie sollten dort wieder dauernd bleiben. Andere Kranke, die aus diesem oder jenem Grunde aus der Familienpflege zurückgezogen werden mussten, drangen fortgesetzt in den Arzt, sie wieder nach draussen zu schicken, sie hängen alle mit grosser Anhänglichkeit an ihren Pflegern. Ich möchte gleich hier erwähnen, dass ich verschiedentlich nicht unerhebliche Besserungen im psychischen Verhalten der Kranken im Anschluss an die Ueberführung in die Familienpflege beobachten konnte. Ich habe dabei neben mehreren Anderen besonders einen vom Lande stammenden Kranken, einen chronischen Paranoiker, im Auge, der in der Anstalt recht stumpf und interessenlos war, zeitweise lebhaft hallucinirte, dann erregt wurde und zu einer ordentlichen Beschäftigung niemals heranzuziehen war. Ich war erstaunt über die Veränderung des Kranken, als ich ihn 2 Tage nach seiner Ueberführung besuchte; er war äusserst lebhaft, sehr vergnügter und zufriedener Stimmung und arbeitete vor allem sehr fleissig, kurz es war zweifellos, dass die Ueberführung des Kranken in die Verhältnisse, die er von Jugend an gewöhnt war, in jeder Beziehung günstig auf sein psychisches Verhalten eingewirkt hatte. Alle diese Momente sind mir eine Bestätigung dafür, dass die Familienpflege nicht nur günstig auf das Befinden des Kranken einwirkt, dass sie auch seitens der Pfleglinge selbst als eine Wohlthat anerkannt wird. Man bringt die Kranken eben wieder in die Verhältnisse zurück, in denen sie aufgewachsen und gross geworden sind, in die sie sich auch nach dem Aufenthalt in der geschlossenen Anstalt, der ihren Gewohnheiten zu Hause nicht in dem Maasse entsprechen kann, gern und schnell einleben. Es eignen sich deshalb, nach meinen Erfahrungen, am besten zur Familienpflege die aus ländlichen Kreisen stammenden Kranken, während die Kranken aus der Arbeiterbevölkerung, überhaupt aus den Städten, sich nicht so schnell an den Aufenthalt auf dem Lande gewöhnen und oft grössere Schwierigkeiten machen.

Es dürfte daher vielleicht empfehlenswerth sein, für diese letztere Categorie, denen der Aufenthalt in den Dörfern und die ländliche Beschäftigung nicht zusagen, an die Einrichtung von Pflegestellen in der Stadt selbst zu denken. Gerade für Göttingen wird sich dieses Projekt meiner Ansicht nach in den nahe der Anstalt liegenden Stadttheilen, die vorzugsweise von kleinen Leuten bewohnt sind, wo auch mehrfach ältere Wärter wohnen, ohne grosse Schwierigkeit ausführen lassen. Allerdings halte ich die Unterbringung der Kranken auf dem Lande, wie es bisher war, für die idealere Art der Familienpflege.

So günstig im Allgemeinen auch der Erfolg in der Familienpflege bislang gewesen ist, so sind wir natürlich auch nicht von Unannehmlichkeiten aller Art verschont geblieben. 2 Kranke mussten dauernd zurückgenommen werden, weil sie nach mehr oder weniger langem Aufenthalt in der Familienpflege Erregungszustände bekamen. In drei Fällen wurden Entweichungsversuche gemacht, die aber sämmtlich resultatlos verliefen; die Kranken wurden nach kurzer Zeit der Anstalt wieder zugeführt. Ein Pflegling starb im Hause des Pflegers an einer äusserst acut verlaufenden Peritonitis, und schliesslich verloren wir einen Kranken durch einen schweren Unglücksfall. Der betreffende Pflegling, der bereits hochgradig verblödet war, war Abends, während noch mit der Dreschmaschine auf dem Felde gearbeitet wurde, auf eine Strohdieme gestiegen, um dort etwas zu helfen. An-

statt nun zu warten, bis eine Leiter angelegt wurde, wie ihm auch von den übrigen Arbeitern befohlen war, glitt er an der Dieme herunter und in die Zinken einer Forke, die versehentlich mit der Spitze nach oben gegen die Dieme gelegt war. Da uns die eigentliche Todesursache von dem Pfleger verschwiegen war, haben wir der Staatsanwaltschaft Anzeige gemacht, die Untersuchung wurde aber nach kurzer Zeit niedergeschlagen, weil eine strafbare Handlung nicht vorlag. Die gerichtliche Section ergab eine schwere Blutung in die linke Pleurahöhle, eine Verletzung der linken Lunge und Zerreissung der grossen mediastinalen Gefässe. Derartige Unglücksfälle sind allerdings in hohem Grade bedauerlich, aber man muss mit ihnen rechnen und es würde gänzlich verfehlt sein, aus einem solchen Grunde den Stab über der ganzen Familienpflege zu brechen. Je freier wir die Geisteskranken behandeln und die Familienpflege ist zur Zeit wohl die freieste Art der Behandlung, desto grösser wird auch die Wahrscheinlichkeit, dass derartige unglückliche Ereignisse einmal eintreten.

Wenden wir uns jetzt kurz zu der Betrachtung des Pflegers. Die Bauern in der Umgebung von Göttingen gehören nicht gerade zu den reichen Landwirthen, sie sind andernfalls aber auch keineswegs arm, sondern vertreten durchschnittlich, soweit ihre Vermögensverhältnisse in Betracht kommen, den guten Mittelstand und eignen sich als solche, meiner Ansicht nach, ganz besonders gut zu Pflegern. Jeder Bauer hat seinen mehr oder weniger grossen Acker, durchweg recht guter und schwerer Boden, den er bepflanzt und von dessen Erträgen er lebt, er besitzt seine Scheunen und Stallungen und ist in der Lage, ausser Kühen, Schweinen und dergl. sich auch durchschnittlich 2 Pferde zu halten, kurz, es sind ganz wohlhabende Landleute, nicht zu reich, um sich über die Kranken erhaben zu fühlen, aber auch nicht zu arm, um den Verdacht zu erwecken, dass die Kranken bei ihnen Noth leiden würden. Die Nahrung ist, wie ich mich verschiedentlich selbst überzeugen konnte, ausreichend und kräftig, die Pfleglinge, die im Verlauf des Sommers bei der Arbeit auf dem Felde theilweise an Gewicht verloren hatten, sehen im allgemeinen blühend und gesund und haben zum Theil auch erheblich an Gewicht zugenommen. Die Wohnungen der Pfleger lassen im Grossen und Ganzen auch nicht zu wünschen übrig, sie werden sauber und reinlich gehalten, wenn das auch grösseren Schwankungen unterliegt. Dagegen waren die Zimmer der Kranken immer tadellos in Ordnung, das Bett sauber und reinlich, die Kleider und besonders die Wäsche stets gründlich geflickt und rein gewaschen. Seinem ganzen Character nach muss man den Bauer in der Umgebung von Göttingen als einen biederen und fraglos intelligenten Menschen bezeichnen, er ist äusserst fleissig und solide und zeichnet sich in erster Linie durch grosse Ruhe und Gutmüthigkeit aus, kurz er ist durch seine ganze Art wohl geeignet, mit Kranken umzugehen und sie ordentlich und gut zu behandeln. Der Familienpflege bringen die Bauern im Allgemeinen ein grosses Interesse entgegen, dafür spricht schon die grosse Anzahl von Anmeldungen und Anfragen, auch aus weiter entfernten Dörfern. Natürlich glaube ich nicht, dass sie der Familienpflege nur um des guten Zweckes willen ihr Interesse entgegenbringen, so selbstlos denkt kein Bauer. Sie haben fraglos in erster Linie immer ihren persönlichen Nutzen und Vortheil dabei im Auge und lassen sich dadurch auch vorzugsweise bestimmen, aber aus manchen Kleinigkeiten geht doch andererseits wieder deutlich hervor, dass der persönliche Vortheil nicht allein maassgebend ist, dass sie auch für den Kranken selbst viel übrig haben und auch im Interesse der Kranken der Familienpflege wohlwollend gegenüberstehen. Sie lassen die Pfleglinge an allen freudigen Ereignissen in der Familie theilnehmen, geht der Pfleger Sonntags aus, so nimmt er den Pflegling mit, er beschenkt ihn zu Weihnachten, kauft ihm Kleidungsstücke, Cigarren u. dergl., der ganze Ton, in dem der Pfleger von seinem Kranken spricht, die Art, wie er auf seine Eigenarten eingeht, und nicht zum wenigsten die Zufriedenheit des Kranken selbst, alles das ist doch fraglos ein Zeichen dafür, dass die persönlichen Interessen nicht der allein leitende Factor sind, sondern das daneben auch das Interesse für die Kranken und ihr Wohlergehen eine grosse Rolle spielt. Nach unsern bisherigen Erfahrungen sind wir zu der Annahme berechtigt, dass sich der Bauer in der Göttinger Gegend in jeder Beziehung vorzüglich zum Pfleger eignet.

Wenn ich schliesslich noch mit kurzen Worten auch die Vortheile berühre, die die Anstalt selbst von der Einrichtung der Familienpflege hat, so ist sie in erster Linie schon deshalb von grossem Werth, weil sie Platz für neue Aufnahmen schafft. Gerade zu der Zeit, als in Göttingen die Familienpflege eingeführt wurde, vor der Eröffnung der neuen Anstalt in Lüneburg, war die Ueberfüllung der übrigen Provinzialanstalten eine derartig starke, dass für frische Aufnahmen kaum Platz vorhanden war. Weiter muss auch die pecuniäre Seite in Erwägung gezogen werden. Ich glaube nicht, dass bisher in Göttingen irgend welche Ueberschüsse erzielt sind, obwohl die Verpflegung ja bedeutend billiger ist wie in der Anstalt.

Aber die Kleider, Schuhe, Alles erfordert doch entschieden in der Familienpflege einen lebhafteren Ersatz wie in der Anstalt und gleichen den billigeren Verpflegungssatz mehr oder weniger aus. Aber auch das wird im Laufe der Zeit, mit der weiteren Ausbreitung der Familienpflege und der Zunahme der Zahl der Pfleglinge besser werden.

Schliesslich möchte ich noch der Ansicht entgegentreten, dass durch die Familienpflege der Anstalt die besten Feldarbeiter entzogen würden. Obwohl wir, wie schon erwähnt, anfangs nur gute Feldarbeiter herausgegeben hatten, sind Störungen im landwirthschaftlichen Betriebe der Anstalt niemals eingetreten. Die Wärter, die natürlich am liebsten mit ihren alten ausgebildeten Kranken arbeiten, sind dann einfach gezwungen, sich aus dem übrigen Krankenmaterial neue Arbeitskräfte heranzuziehen und heranzubilden. Werden in Zukunft vorzugsweise reine Pfleglinge nach draussen geschickt, so fällt dieser Einwurf ja auch von vornherein fort.

Will ich nun aus diesen Mittheilungen einen Schluss ziehen, so darf ich ihn wohl dahin zusammenfassen, dass die Einrichtung der Familienpflege in Göttingen in jeder Beziehung ein recht glücklicher Schritt war. Die Erfahrungen, die bislang damit gemacht sind, sind sehr günstige, die Vortheile, die sie vorzugsweise den Kranken bringt, sind derartig grosse, dass sie wohl berechtigen, den einmal beschrittenen Weg weiter zu gehen und die Familienpflege mehr und mehr auszudehnen.

Mittheilungen.

— Vorläufige Einladung zur nächsten Jahressitzung des **Vereins der deutschen Irrenärzte**. Die Jahressitzung wird am Montag, den 20. und Dienstag, den 21. April 1903 in Jena stattfinden.

Programm.

I. Anträge des Vorstandes: a) den Namen des Vereins in die Bezeichnung „Deutscher Verein für Psychiatrie" zu ändern. b) die vorgesetzten Behörden um Gewährung von Reisekosten für die die Jahresversammlung besuchenden Anstaltsärzte zu ersuchen.

II. Referate: 1) Ueber die Anwendung der Isolirung bei der Behandlung Geisteskranker. Referent: Herr Director Dr. Mercklin (Treptow a. d. R.). 2) Ueber Begriff und Bedeutung der Demenz. Referent: Herr Medicinalrath Prof. Dr. Tuczek (Marburg). Correferent: Herr Hofrath Dr. Ganser (Dresden). 3) Der Erlass des preussischen Justiz-Ministeriums vom 9. October 1902, betreffend die Sachverständigenthätigkeit in Entmündigungssachen. Referent: Herr Professor Dr. Thomsen (Bonn).

III. Die Anmeldung von Vorträgen bitten wir bis spätestens Anfang März 1903 an den mitunterzeichneten Professor Jolly (Berlin N.W., Alexander-Ufer 7) zu richten. Herr Hofrath Prof. Dr. Binswanger (Jena) hat sich freundlichst bereit erklärt, den Vorsitz des Localcomités zu übernehmen.

Nähere Angaben über das Sitzungslocal, das gemeinsame Mittagessen und sonstige Zusammenkünfte werden dem definitiven, im März zu versendenden Programm beigegeben werden.

Der Vorstand. Fürstner. Hitzig. Jolly. Kreuser. Laehr. Pelman. Siemens.

— **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten** Sitzung vom 8. December 1902. Vorsitzender Jolly, Schriftführer Bernhardt.

Vor der Tagesordnung demonstrirt M. Rothmann einen 32jährigen Mann, der vor 15 Jahren Lues gehabt hat, im Jahre 1900 an Kopfschmerzen und nachfolgender rechtsseitiger Parese erkrankte. Durch Innunctionskur Besserung, die auch bei einem Recidiv erzielt wurde. Seit ca. 1 Jahr rechtsseitige Krämpfe, ausserdem Schwindel, Kopfschmerzen und Schwäche der rechten Extremitäten. Objectiv findet sich Differenz der Pupillen l > r., reflectorische Pupillenstarre, Hemiparesis dextra mit geringer Hyperaesthesie und grobschlägigem Tremor der rechten Hand bei Intention, starkes Schwanken bei Augenschluss, so dass Patient wie ein Brett umzufallen droht, bisweilen dabei Neigung nach rechts zu fallen. Das interessanteste Symptom, das Patient darbietet, ist ein Krampf der Mm. interni, ein Convergenzkrampf, der bei jeglicher Fixation, zu der Pat. aufgefordert wird, auftritt, gleichgiltig, nach welcher Richtung die Bulbi fixieren sollen. In der Ruhe tritt dieser Krampf nicht auf, selten beim Lesen, auch nicht wenn Pat. sich ungezwungen nach der einen oder andern Richtung umsieht. Unter Schmierkur Besserung. Die Localisation der Erscheinung ist sehr schwer, besonders, wenn man versuchen will, die Symptome auf einen Herd zu beziehen; vielleicht handelt es sich um einen Herd in der Vierhügelgegend. Wenn nicht die Therapie auf den Zustand günstig einwirkte, könnte man für einige Symptome, besonders die auffallend starke Gleichgewichtsstörung und den Convergenzkrampf, auch an functionelle (hysterische) Störungen denken.

Discussion.

Bernhardt macht darauf aufmerksam, dass Pat. während der Demonstration unbewusst ganz ungehindert nach links und rechts geblickt habe.

Rothmann bemerkt, dass er bereits hervorgehoben habe, dass die Störung nur bei stärker intendiertem Sehen vorkommt, zeitweilig allerdings auch beim Lesen.

Tagesordnung.

von Leyden und Grunmach: Die Röntgographie im Dienste der Rückenmarkskrankheiten.

In der Einleitung des Vortrages bespricht v. Leyden die Geschichte der Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten in grossen Zügen; er betont, dass bis heute in der Klinik die anatomische Diagnose der Rückenmarkskrankheiten (Inspektion, Palpation etc.) der physiologischen (Functionsausfall, Segmentdiagnose) weit unterlegen geblieben sei. In jüngster Zeit sei als werthvolles anatomisches Hilfsmittel der Diagnose die Lumbalpunction hinzugekommen. Die bisherigen Leistungen der Röntgographie haben uns für die Erkenntnis der Vorgänge im Wirbelkanal selbst noch keinen Gewinn gebracht, wohl aber für die Differenzierung der Wirbelerkrankungen selbst, und, wie aus den weiteren Mittheilungen der Vorträge hervorgehen wird, für die Beurtheilung mancher Vorgänge an den Knochen der Wirbel, die in Beziehung zu manchen Rückenmarkserkrankungen zu bringen sein werden. (Osteoporose).

Vortr. berichtet:

1) über 5 Fälle von Deformitäten an der Wirbelsäule mit spinalen Symptomen, Paresen bezw. Paraplegieen, in denen es sich in 1 Fall um Caries, in 2 um rachitische Veränderungen, in 2 um Spondylose rhizomélique handelt.

Demonstration der characteristischen Actinogramme durch Herrn Grunmach.

2) über 2 Fälle von metastatischen Wirbeltumoren, 1. Carcinom des 6.—7. Halswirbels mit Spontanfractur nach Mammacarcinom, 2. Sarcom der Lendenwirbelsäule nach Oberschenkelsarcom, beide durch das Röntgenbild bestätigt, sowie über 2 Fälle von traumatischen Wirbelerkrankungen, in deren einem das Röntgenbild einen Callus des 6.—7. Halswirbels nach Fractur nachwies, während in dem 2., wo nach Sturz von einer Leiter das nicht ganz reine Bild einer Halbseitenlähmung des unteren Brustmarks aufgetreten war, nicht die Zeichen einer Fractur nachgewiesen werden konnten; ein Schatten in der Gegend des 8.—10. Brustwirbels wird von den Vortr. als Rest einer Blutung gedeutet.

3) über 3 Fälle von Myelitis, von denen sich der eine als Spondylitis entpuppte, 1 von Meningomyelitis, 2 Fälle von Tabes, davon einer mit Osteoarthropathie der Wirbelsäule, und einer von Bulbärparalyse, bei dem sich als interessanter Nebenbefund eine alte Luxation der Halswirbelsäule durch das Röntgenverfahren feststellen liess.

Bei den letztgenannten Fällen fanden sich nun, besonders bei den Herderkrankungen, in den unterhalb derselben gelegenen Partieen der Wirbelsäule, aber auch in den Fällen von Tabes, eigenthümliche Aufhellungen der normalen Schatten der Wirbelknochen, die, mit normalen Bildern verglichen, die Vortr. zu dem Schluss veranlassten, dass es sich hierbei um trophische Störungen in der Knochensubstanz handelt, (Osteoporose), die in Beziehungen zu der spinalen Erkrankung gebracht werden müssen.

Demonstration durch Herrn Grunmach.

Die Fortschritte, die die Röntgographie auf dem Gebiet der Rückenmarkserkrankungen bisher geleistet hat, beziehen sich demnach im wesentlichen auf die Erkrankungen der Wirbel selbst, zum Theil aber auch auf secundäre Processe, in den letzteren im Gefolge und wahrscheinlich auch in einer gewissen Abhängigkeit von spinalen Erkrankungen.

Die Discussion über den Vortrag wird vertagt.

Martin Bloch, (Berlin).

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (I. Sitzung vom 20. October 1902, Vorm.) (Fortsetzung.)

Den Vorsitz übernimmt N. Csâp, später, N. Thomân.

a) Referent: Karl Lechner. 2. Moderne Principien in der Therapie der Geisteskrankheiten.

Die moderne Psychiatrie wird in ihrem Vorgehen von der Liebe zu dem Kranken beeinflusst und geleitet. Alle jene Maassnahmen also, welche eigentlich gar nicht den Zweck hatten zu heilen, sondern die menschliche Gesellschaft und die Umgebung des Kranken zu schützen, haben nun an Wichtigkeit verloren.

Unser Bestreben richtet sich jetzt nicht ausschliesslich darauf, die bestehenden gefährlichen Symptome zum Schwinden zu bringen. Wir denken hauptsächlich an das Interesse des Kranken und legen auf geistige und körperliche Diät, auf die Prophylaxe der Geisteskrankheiten das grosste Gewicht.

Die erprobten Arzneien von wirklichem Heilwerth wollen auch wir nicht entbehren. Dennoch sind wir bestrebt, die interne Medication auf ein Minimum zu beschränken, die externen Proceduren, also Kaltwassercur, Elektricität u. s. w. nur der Nothwendigkeit angemessen zu gebrauchen und schliessich haben wir die ehedem so beliebten Zwangsmittel ganz verlassen und geben unseren Kranken die grösstmögliche Freiheit. Auch die Organo- und Serumtherapie wenden wir an, sobald sie in ihrer Wirkung erprobt ist.

Die körperliche Diät bestreben wir uns durch gesunde Wohnung, Reinlichkeit, Bewegung in frischer Luft, gute Ernährung und Bäder zu ordnen. Die alkoholischen Getränke müssen aus den Irrenheilanstalten vollständig verbannt werden. Selbst als Arznei sollen sie nur in den seltensten Fällen gereicht werden, denn wir kennen kaum ein Gift, welches dem Gehirne schädlicher wäre als der Alkohol.

Noch viel mehr erwarten wir von der seelischen Diät. Hier sind Bettruhe, zweckmässige Placirung, gutes Wartepersonal, dauernde Beschäftigung und zielbewusste Beeinflussung des Seelenlebens von grösster Wichtigkeit. Daneben sind beruhigende, warme Bäder, nasse Einpackungen, die Suggestion und manchmal auch die Hypnose von guter Wirkung. Um die zweckmässige Unterbringung der Kranken zu erleichtern, beabsichtigen wir im Anschlusse an die Irrenanstalten Gewerbe-Etablissemente, landwirthschaftliche Colonien, Dörfchen für das Wartepersonal zu errichten und wollen geeignete Kranke der Obhut solcher Wärter-

Familien anvertrauen. Epileptiker, Alkoholiker, verbrecherische Geisteskranke, sowie Nerven- und Gemüthskranke sollen womöglich in besonderen Anstalten untergebracht werden. Ueberall müssen wir dahin wirken, dass der um seine Familie besorgte, arme Kranke irgendwie zu einem Gelderwerb komme und zwar nicht nur für die Zeit der Internirung, sondern auch dann, wenn er geheilt oder gebessert entlassen wurde. Wir sorgen ferner dafür, dass die zurückgelassene Familie für die Zeit, in welcher der Ernährer der Familie sich im Institute befindet, eine angemessene Unterstützung erhalte.

Grössere Erfolge als auf diesem Gebiete erwarten wir von unserer Thätigkeit auf dem Wege der Prophylaxe. Wir müssen das Zustandekommen der Gehirnkrankheiten verhindern, soweit wir das können. Darum kämpfen wir gegen die Vererbung der Disposition zu Geisteskrankheiten. Durch richtige Erziehung seien wir bestrebt, die Psyche zur kräftigen Entwicklung zu bringen. Besondere Sorgfalt müssen wir der Erziehung nervöser, psychisch degenerirter Kinder zuwenden. Nehmen wir den Kampf gegen die socialen Uebel mit voller Energie auf, unterdrücken wir namentlich den so ungeheuer verbreiteten Alkoholismus, setzen wir der weiteren Verbreitung der Syphilis energischen Widerstand entgegen und versuchen wir wenigstens die Folgen des Pauperismus zu mildern. Diese Uebel geben nämlich den Boden ab, auf welchem die Geisteskrankheiten am üppigsten gedeihen.

Erreichbar wären diese Erfolge: durch eine zweckmässige Beeinflussung der Eheschliessungen, durch Ordnung des Prostitutions- und Armenwesens, durch Gesetze gegen die Trunksucht, durch Errichtung von Anstalten, in welchen nervöse, und belastete Kinder erzogen werden, durch Erbauung von Sanatorien und Asylen für Trinker und Epileptiker und Nervenkranke, sowie durch Errichtung eigener Heilanstalten für geisteskranke Verbrecher. Es giebt noch eine ganze Reihe solcher Institutionen, die uns in der Erreichung unseres Zieles behülflich sein können, wenn die Gesellschaft den freiwillig angebotenen Rath und die Hülfe der Psychiater annehmen wollen wird.

Es wäre die Aufgabe einer aus der Mitte des Congresses zu entsendenden Commission nach dem Muster des Auslandes eine Bewegung zur Bekämpfung der erwähnten Uebel einzuleiten und zu führen, die schon vorhandenen diesbezüglichen Bestrebungen zu unterstützen und in der Leitung derselben dem Psychiater den ihm gebührenden Platz zu sichern.

b) Correferent: Gustav Oláh.

In den Bestrebungen der modernen Irrenheilkunde kommen immer entschiedener zwei verschiedene Standpunkte zum Ausdruck.

Der erste bezieht sich auf eine derartige Organisation der Irrenanstalten, dass dieselben nicht bloss kostspielige Internate für unheilbare Kranke seien, Internate, deren Kosten kleinere Staaten für die Dauer kaum ertragen werden können, sondern dass in denselben heilbare Fälle zur Zeit Aufnahme und Heilung finden, was natürlich eine fortschreitende Specialisirung des ärztlichen Dienstes nothwendig macht. Der zweite Standpunkt ist der, dass die unheilbaren Elemente durch den hierzu geschaffenen und eingerichteten grossen Heilapparat, den wir Irrenanstalt nennen, auf einem möglichst gesellschaftsfähigen Niveau erhalten bleiben.

In demselben Maasse, in dem vagabundirende und bettelnde, selbst das Nothwendigste entbehrende Geisteskranke mit der gesellschaftlichen Ordnung des Staates in Conflict gerathen, steigt die Last, welche durch die lebenslängliche Versorgung dieser Elemente dem Staate aufgebürdet wird und die Errichtung neuer Irrenhäuser nothwendig macht. Wollen wir mit dem Ausbau unserer staatlichen Institutionen alle unsere unversorgten Geisteskranken unterbringen, was schliesslich nicht ausbleiben kann, so werden wir die Lasten dieser Versorgung nicht ertragen können, wenn wir keine Praeventiv-Maassregeln ergreifen. Darum wird es überall als eine Nothwendigkeit angesehen, die Zahl der endgültig dissociirten Elemente, der notorischen Irrenhausbrüder, welche ein Artefact des falschen Systems sind, zu verringern und ebenso ist es eine höchst wichtige Aufgabe der modernen Irrenpflege, die chronischen Fälle auf einer relativ socialen Höhe zu erhalten.

Ein weiteres Hauptprinzip ist die möglichst frühzeitige Behandlung der Geisteskrankheiten. Das ist nur dann zu erreichen, wenn alle Factoren, welche die leichteren und beginnenden Psychosen vom Institute fern halten, radical ausgerottet werden. So lange bei der Schaffung von Irrenanstalten die Frage der Internirung im Vordergrunde stand, wurde dem Ingenieur von ärztlicher Seite nur die eine Aufgabe gestellt, mit Beachtung der modernen hygienischen Verhältnisse und der Interessen der öffentlichen Sicherheit auf einem bestimmten Terrain für Geisteskranke so viel Belegraum als möglich zu schaffen. So entstanden die im Block- und Pavillon-System aufgeführten Irrenhäuser, mit tadellosen Heiz- und Ventilations-Einrichtungen, jedoch mit vollständiger Vernachlässigung der psychischen Hygiene erbaut, obwohl die entsprechend gewählte Gesellschaft, die kleineren und grösseren Gruppen, das bürgerliche Heim, das Bauern-Häuschen durch keinerlei patentirten Spucknapf, durch kein Ventilations-System und durch keinen Carbolgeruch ersetzt werden können.

Ich will zugeben, dass auch die angedeutete Richtung nicht übertrieben werden darf. Wir benöthigen grosse, luftige Krankensäle, besonders für liegende Kranke, wir können 1—2 Wannenbadräume pro Saal nicht entbehren, dennoch lässt die Aufführung von ausschliesslich aus solchen Krankensälen bestehenden Irrenhäusern im Block- oder Pavillonsystem auf sehr wenig psychiatrisches Gefühl des Erbauers schliessen.

So construirte Irrenhäuser zwingen nicht zusammengehörige Kranke in eine abstossende Gemeinschaft, schaffen unhaltbare, hässliche Zustände und diesem Boden entspringt dann die Anwendung von Zwangsmitteln, Missbrauch mit den hypnotischen Mitteln, die inveterirten Zellenbewohner, mit einem Worte die erschreckend grosse Anzahl der für die menschliche Gesellschaft endgültig Verlorenen. Es ist eine bereits banale, immer aber noch eine grosse Wahrheit, dass

die Ueberfüllung und der Irrenhaus-Character für eine Irrenheilanstalt dasselbe bedeuten, was die Sepsis für eine chirurgische oder gynäkologische Abtheilung. In ein solches Irrenhaus kann man heilbare Fälle mit den Chancen der Heilung nicht bringen und ist es doch die Aufgabe, der Psychiatrie zu retten, was noch zu retten ist, nicht aber Unheilbare lebenslänglich zu versorgen.

Hält man diese Principien vor Augen, so tauchen bei Besprechung der Detailfragen folgende Fragen auf:

Es wären grössere Anstaltseinheiten zu schaffen, deren Theile, wenn sie auch räumlich nicht zusammenhängen, einen einheitlichen Organismus darstellen und dennoch die weitgehendste Differencirung gestatten, dies zu dem Zwecke, um den Kranken immer in das betreffende Milieu bringen zu können, welches dem jeweiligen Stadium seiner Krankheit entspricht. Ein einheitliches Pavillonsystem, besonders mit symmetrischer Anlage, entspricht den psychiatrischen Anforderungen durchaus nicht. Nach demjenigen Systeme, welches derzeit für das beste gehalten wird, übergeht die ganze Colonie fast unmerklich in die Umgebung und zeigt keinerlei auffallenden Character. Unter Schaffung grosser Anstaltseinheiten verstehen wir durchaus nicht die Schöpfung riesiger umzäumter Anstalts-Colosse, in welchem 1500—2000 Kranke untergebracht werden können, sondern solche einheitliche Organisationen, in deren Rahmen die vorher erwähnten psychiatrischen Standpunkte zu verwirklichen wären; diese Organisationen senden durch probeweise Entlassung von Kranken in die Umgebung Fäden in die Aussenwelt aus und können auf diese Weise aufklärend und lehrend, zu Organen der socialen Prophylaxe werden.

Ein wichtiger Factor des Fortschrittes und der Vervollkommnung der Psychiatrie ist die Specialisirung der ärztlichen Agenden. In den meisten Irrenheilanstalten älteren Styles verrichten die Aerzte tagtäglich die gleiche Arbeit. Die Psychiatrie sowie deren Hülfszweige, die experimentelle Psychologie, die Histologie, die chemischen Untersuchungen, einzelne Heilproceduren sind so umfangreich geworden, dass kein Mensch in allen diesen Fächern gleichzeitig Vollkommenes leisten kann. Wie sehr man zum Beispiel bei Idioten der socialen Qualification nahe kommen kann, haben unsere Specialisten, welche sich mit Idioten befassen und dieselben fast gesellschaftsfähig machen, zur Genüge bewiesen. Diese Idioten wären, bei der heutigen Eintheilung des ärztlichen Dienstes, in eine Irrenanstalt gebracht, geblieben, was sie waren. Dasselbe gilt zum grossen Theile für andere Formen der Geisteskrankheiten. Es ist die Aufgabe der Institutsleitung, der Specialisirung des ärztlichen Dienstes, welche der Schlüssel allen Fortschrittes ist, innerhalb des Institutes Geltung zu verschaffen. Das ist aber nur in grossen Anstaltseinheiten durchführbar.

Viele haben an der Idee Gefallen gefunden, dass arbeitsfähige, unheilbare Kranke auf einer sogenannten Colonie, einem angenehmen und gesunden Orte, gesammelt und dort zu landwirthschaftlichen Arbeiten verwendet werden. Diese gefällige und idyllische Idee wird zur idealen Lösung erhoben, wenn man betont, dass diese Colonien sich selbst erhalten, dass die Arbeit der Kranken alle Auslagen deckt. Diese Argumentation ist meiner Ansicht nach etwas unpsychiatrisch. Jede grössere Irrenanstalt bedarf zwar einer landwirthschaftlichen Colonie und zwar nicht aus administrativen, sondern aus therapeutischen Gründen, doch kann diese nur ein Glied, ein Organ des ganzen Institutes sein. Die Absonderung des unheilbaren Materiales, als Selbstzweck vorgenommen, würde den bestehenden Anstalten den Gnadenstoss versetzen.

Eine weitere Frage wäre die der Zahl-Abtheilungen. In einem dem Gemeinwohle gewidmeten öffentlichen Institute sollte man die strenge Absonderung der Geisteskranken je nach der Klasse, welche sie bezahlen, möglichst vermeiden. Es ist durchaus nicht in der Intention und im Interesse der Psychiatrie gelegen, dass jeder Kranke möglichst luxuriös untergebracht werde. Im Gegentheil! Der Irrenhausluxus wirkt oft unangenehm, ja peinlich, im grössten Maasse antipsychiatrisch ist jedoch der Vorgang, einen Kranken aus der besseren Umgebung, nach welcher er sich sehnt, welche er zu würdigen weiss, zu entfernen, ihm die bessere Verpflegung, an die er im Leben gewöhnt war, zu entziehen, weil er in eine andere Verpflegungsklasse gehört. Für ein Bein, das operirt werden soll, sind das Fragen von ganz untergeordneter Bedeutung, für ein Gehirn, das geheilt werden soll, ist das die Heilung selbst, deren Art und Wesen.

Was die Benennung der Anstalt anbelangt — und diese ist ein cardinaler Factor, wenn wir die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung der Kranken schaffen wollen —, so will ich mit der Ausführung meiner Ansicht hier keine Zeit verschwenden und keine unfruchtbare Discussion heraufbeschwören. Ich weiss, dass ich diesbezüglich etwas isolirt dastehe und will nur soviel bemerken, dass jede beschönigende Benennung — unter welcher das Publikum ja dennoch das bewusste Haus der lebenden Todten vermuthet — nur den Uebergang zur einzig richtigen naturwissenschaftlichen Auffassung bildet, welche die Geisteskrankheiten als eine specifische Erkrankung der Function des Centralnervensystems und das Irrenhaus als die Heilstätte dieser Erkrankung ansieht und dasselbe demgemäss benennt.

Was die unmittelbaren Heilmittel der Psychiatrie anbelangt, so zeigen die maassgebenden Standpunkte eine successive Verschiebung.

Es ist zweifellos, dass in der neueren Zeit jene hässlichen, gefährlichen Formen, welche wir noch vor 10—25 Jahren durch das Fenster der Zelle zu beobachten Gelegenheit hatten, fast vollständig verschwunden sind. Man kann darüber streiten, ob die Krankheitsbilder mit dem Fortschritte der Cultur ihre Form änderten, oder ob die Einrichtung der alten Irrenhäuser diese wilden Formen als reactive Krankheitsbilder, arteficiell erzeugten, aber es ist zweifellos, dass das heutige Krankenmaterial socialer ist, dass es leichter ist, mit demselben umzugehen.

Ueber die Principien der medicamentösen Therapie will ich bezüglich einiger specieller Indicationen später noch einiges sagen, hier möchte ich nur soviel bemerken, dass bisher — die medicamentöse Therapie

der Epilepsie und des Myxoedems, sowie die Wirkung der Salz-Infusionen ausgenommen — noch keine Studien angestellt wurden, welche versucht hätten, den wesentlichen Beziehungen zwischen dem Verlauf eines psychotischen Processes und der medicamentösen Therapie eine exacte, experimentelle Basis zu geben. Im Mittelpunkte des therapeutischen Interesses stehen jetzt die liegende Behandlung, die prolongirten Bäder, die suggestive Milieu-Therapie, die Heilbeschäftigung und die Regelung des Stoffwechsels.

In der ganzen psychiatrischen Litteratur dominiren diese Fragen. Durch die fachliche und frühzeitige Ausnützung dieser Prozeduren glauben wir einerseits als positive psychiatrische Leistung den stilleren Verlauf der acuten Psychosen, die sicherere Vermeidung gefährlicher Complicationen, hierdurch ein viel günstigeres Heilungs-Percent, andererseits das Aufhalten der socialen Devastation der chronisch Kranken zu erreichen.

Heute sieht es schon jedermann ein, dass uns in der Erreichung dieser Ziele die Ausschaltung aller mechanischen Mittel der Freiheitsbeschränkung sehr zu gute kommt. Wo das Verständniss für dieses Princip noch nicht erwacht ist, zeigt man uns einen solchen Zellenbewohner, welcher wüthend auf uns losstürmt, wenn wir durch das Fensterchen seiner Zelle blicken, und sagt höhnend: „Bitte mit diesem Kranken ohne Zelle fertig zu werden." Thatsächlich ist es eine schwere Aufgabe, einen solchen Kranken social zu machen, doch darf es solche Kranke in modernen Instituten überhaupt nicht geben. Hier kommen wir zu einem Circulus vitiosus. Die Isolirung schafft Formen, welche man nicht mehr gesellschaftsfähig machen kann. Die Zelle macht die Zelle unentbehrlich. Das tritt in solchen Instituten, in welcher die grossen, nach gemeinschaftlichem Typus gebauten Krankensäle die Gruppirung des Krankenmateriales unmöglich machen, unfehlbar ein, denn hier isolirt der Arzt, weil er sich anders nicht zu helfen weiss. Zwei Kranke werden handgemein. Der eine oder der andere wird in die Zelle gebracht. Er ist schlaflos, also bekommt er ein Hypnoticum. Eins zieht das andere nach sich und beides gemeinschaftlich desocialisirt den Kranken und erzeugt jene hässlichen Formen als Artefacte des Irrenhauses. Solchen begegnen wir heute glücklicherweise schon sehr selten und wo wir ihnen begegnen, dort ist entweder in der Leitung des Institutes oder im Organismus seines Heilapparates der Fehler zu suchen. Selbst in der schwersten Bewusstseinsstörung sucht sich der Kranke dem Milieu, in welchem er sich befindet, anzupassen. Die Zuchthäusler-Uniform, Schloss und Riegel, stämmige Wächter erwecken die Vorstellung des Gefängnisses und der Kranke benimmt sich anders als im Krankenkittel in einem Krankensaale oder in einem freundlichen Speisesaale, Gabel und Messer in der Hand, unter der Aufsicht barmherziger Schwestern sein Mahl einnehmend.

Mein Primarius Dr. Molnár, der Paradoxe liebt, pflegt zu sagen, dass er immer, wenn ein Wärter sich beklagte, ein Kranker hätte ihn ohne Grund attakirt, Lust hätte, den Wärter zu bestrafen. Allenfalls ist es eine zu beherzigende Erfahrung, dass während die Gefängnisswächtern ähnlichen Wärter fortwährend thätlichen Insulten ausgesetzt sind, in der Anstalt, seitdem ich barmherzige Schwestern anstellte, denselben selbst auf der Männerabtheilung kein Leid geschah.

Die Isolirung soll jedoch nicht mit der Absonderung verwechselt werden. Während die Isolirung ein gefährliches Werkzeug der Desocialisirung ist, ist die Separation ein mächtiger psychiatrischer Heilfactor. Das Gehirn bedarf in vielen Fällen der Einsamkeit, welche der Arzt nicht nur gestatten, sondern auch so schaffen soll, wie das der Zustand des Kranken erfordert. Wir benützen in Ermangelung eines Besseren die alten Zellen zur Separation. Wir liessen dieselben jedoch schön malen, parquettiren und damit die Separation den Anschein der Absperrung verliere, haben wir die Einrichtung getroffen, dass die Thüren der Zellen sich nur von innen nach aussen öffnen, so dass der Kranke herauskommen kann, wenn er will, während Niemand, der keinen Schlüssel hat, eintreten kann.

Vielleicht wird es kleinlich scheinen und denen, die behaupten, dass die Psychiatrie keine Wissenschaft ist, als willkommenes Argument dienen, wenn ich verrathe, dass wir auf die Kleidung auch besonderes Gewicht legen. Die Milieu-Behandlung ist eines der Mittel, durch welche wir die Vorstellung der körperlichen Krankheit in das Bewusstsein des Kranken bringen und so eine Grundlage für die weitere Behandlung schaffen. Darum haben Krankensaal, Bett, warme Bäder, Spitalskleidung eine so hohe Wichtigkeit bei den agitirten Formen, darum ist bei den Nichtliegenden die bürgerliche Kleidung am Platze. Wirksamer kann man diesen Heilfactoren gar nicht entgegenwirken, als wenn man den Kranken die graue Uniform der Zuchthäusler gibt, denn diese erweckt in den Kranken die Vorstellung, eingesperrt zu sein und erschwert unnützerweise den Standpunkt des Arztes. (Bei uns kann ich den selbstbewussteren, nicht zahlenden Kranken innerhalb der Grenzen des Erlaubten solche bürgerliche Kleidung verordnen, als er sich nur wünscht. Meine vorgesetzte Behörde liess mir — in der Würdigung des Heilzweckes — hierin freie Hand.) Dasselbe gilt von der Entfernung oder spitzfindigen Umänderung aller jener Gegenstände, mit welchen der Kranke sich oder anderen Schaden zufügen könnte und mit deren Entfernung man — wie man zu sagen pflegt — die Möglichkeit der Unfälle „auf ein Minimum reducirt". Die Erfahrung lehrte, dass die Zahl der Unfälle auch dann, wenn wir gar nichts entfernten, wenn wir alles so einrichteten, wie überall anderswo, sich auch nicht über jenes gewisse Minimum erhob. Die Zahl der sich selbst gefährlichen Kranken macht ein verschwindend kleines Percent aus. Zur Beaufsichtigung dieser Kranken werden in jeder Anstalt ohnehin eigene Personen angestellt und besondere Verfügungen getroffen. Es besteht nicht die geringste Ursache, dass das ganze Institut den Character des technischen Schutzsystems gegen Unfälle an sich trage.

Discussion:

Salgó: Der Vortragende hat sehr richtig bemerkt, dass die Irrenheilanstalt ein Heilmittel ist und daher allen Anforderungen entsprechen muss, welche man vom Standpunkte der Heilung der Kranken stellen kann. Es ist natürlich, dass bei dem Kranken, der schon an und für sich schaudernd in die Anstalt kommt, wenn er dort auf der Beobachtungs-Abtheilung zwischen andere schwere Kranke gelangt, der so erlittene Shok nicht sehr viel zur Heilung beitragen wird. Aber sowohl unsere, als die ausländischen Anstalten gehen von dem Standpunkte aus, dass der Kranke zu bewachen ist, damit ja kein Unglück geschieht. Dieser Auffassung entspricht auch die Therapie, welche in erster Reihe eine Einsperrung des Kranken fordert: Auch ein Theil der Zwangsbehandlung, die Zelle blieb erhalten. Ich sah noch eine Menge von Zwangsmitteln; mit der besseren Erkenntniss der Krankheiten, mit der Vermehrung unserer Erfahrungen sind die meisten derselben überflüssig geworden. Während früher auf meiner Abtheilung bei einem kleineren Krankenstande 32 Zellen zu wenig waren, sind jetzt bei viel grösserem Krankenstande auch diese 32 zu viel, weil die Zellenbehandlung weder dem Kranken, noch dem Institute von Nutzen ist. Mit dem Wegfallen der Zellenbehandlung sehen wir heute schon kaum mehr jene erwähnten artelicıell verwilderten Fälle.

Was die Bettruhe anbelangt, sah ich sowohl in acuten als in chronischen Fällen (z. B. bei Epilepsie) ausgezeichnete Erfolge.

Was die Medication anbelangt, sehe ich durchaus kein Verdienst darin, dass der Arzt kein Medicament verordnet; reichen wir immerhin solche Medicamente, von denen wir Nutzen erwarten, vermeiden müssen wir nur das gedankenlose Receptschreiben, welches ja überhaupt unärztlich ist. Wichtig ist ferner, dass die Kranken in die gut gebaute, zweckmässig eingerichtete, dem Zustande der Kranken entsprechende Anstalt leicht hinein und ebenso leicht aus derselben wieder heraus gelangen können. Unter den heutigen Verhältnissen, wo die dem Anstaltsarzte aufgebürdete grosse Verantwortlichkeit selbst dann nicht aufhört, wenn der Kranke die Anstalt schon verlassen hat, wo für alles, was der Kranke unter den verschiedenen Umständen des Aussenlebens anstellt, nicht nur seitens der Oeffentlichkeit, sondern auch seitens der Zugehörigen des Kranken der Anstaltsarzt verantwortlich gemacht wird, kommt leicht der sogenannte „Pavor manicomialis" zustande. Es ist dies ein Zustand, welcher jede Bethätigung, jede Entschliessung des Anstaltsarztes im höchsten Grade beeinflusst. In dem Falle, dass die Irrenheilanstalt einst thatsächlich bloss eine Heilanstalt sein wird, wird der Arzt frei von solchen Nebenrücksichten und in der vollen Freiheit seiner Entschliessungen in allen Fragen, welche den Kranken berühren, entscheiden.

Vorsitzender dankt den Vortragenden und schliesst die Sitzung.

Epstein (Budapest.)

(Fortsetzung folgt.)

— Auszeichnung eines ungarischen Arztes in America. Die Stadt New-York besitzt eine grosse Colonie für epileptische Kranke, welche von einem reichen, philanthropischen Mitbürger Namens Craig gegründet wurde. Diese sogenannte „Craig Colony" hat gegenwärtig ein Vermögen von 600,500 Dollars und erhält 1120 derartige Individuen, welche Unterricht geniessen und sich mit nützlicher, hauptsächlich landwirthschaftlicher Arbeit beschäftigen. Der Directionsrath der „Craig Colony" hat eine internationale Preisbewerbung für eine englisch geschriebene, mit Motto versehene Originalarbeit ausgeschrieben, welche den besten Beitrag zur Pathologie und Therapie der Epilepsie liefert. Das aus den hervorragendsten americanischen Nervenärzten bestehende Preisrichter-Collegium hat dem Budapester Universitäts-Docenten und Ordinarius der Nervenabtheilung des St. Stefan-Spitales Dr. Julius Donath einstimmig den Preis zuerkannt für dessen Arbeit: „Die Rolle des Cholins in der Epilepsie". Diese Arbeit, in welcher Donath nachgewiesen hat, dass in der Hirn-Rückenmarksflüssigkeit eine giftige Substanz, das Cholin sich findet, welches, Thieren in die Hirnrinde eingespritzt, heftige Krämpfe hervorraft, wurde im vergangenen Monate auch der Ungarischen Academie der Wissenschaften vorgelegt.

— Vorläufiges Programm des **14. internationalen med. Congresses in Madrid.** 23.—30. April 1903.

Abtheilung 6. Neuropathies, Maladies, mentales et Anthropologie criminelle. Président M. José Maria Esquerdo y Zaragoza. Vice-Présidents MM. Luis Simarro y Lacabra, Rafael Salillas y Ponzano, Jaime Vera y López. Secrétaire M. Abdón Sánchez Herrero. Secrétaires adjoints MM. Jerónimo Galiana y Soriano, Ramón Ezquerra y Baig, Enrique Navarro y Ortiz. Membres MM. Adriano Alonso Martinez, Emilio Loza y Collado, Serafin Buisen y Tomati, Tomás Maestre y Pérez, Enrique Salcedo y Ginestal, Federico Olóriz y Aguilera.

Rapports.

1. „Folies toxiques et infectieuses". — Rapporteur: M. Jerónimo Galiana.
2. „Etiologie et thérapeutique psychiques". — Rapporteur: M. Sánchez Herrero.
3. „Centre de projection et d'association dans le cerveau selon les déterminations de l'anatomie pathologique actuelle". — Rapporteur: M. Bianchi (Naples).
4. „Etude clinique de l'agnoscie et de l'asymbolie". — Rapporteur: M. Simarro y Lacabra.
5. „Délimitation de la nature pathologique du délit". — Rapporteurs: MM. Rafael Salillas, Morselli (Gênes).
6. „De l'intervention de la psychiatrie dans le traitement réformateur des délinquants". — Rapporteurs: MM. Alonso Martinez, Lombroso (Turin).

Communication.

Mr. le Dr. Etienne Skalski (Vouvant): „L'effet d'électro-magnétisme animal".

Referate.

— V. Congrès international d'anthropologie criminelle. Amsterdam 9.—14. September 1901. (Fortsetzung.)

Gauckler (Jurist, Nancy) verlangt die Trennung der Maassregeln, die zur Strafe dienen, von denen, die die Besserung des Delinquenten zum Zwecke haben. Die Entscheidung, ob Strafe oder Besserungsmittel angewendet werden sollen, soll dem Richter überlassen werden.

Morel (Mons): Prophylaxe und Behandlung der Gewohnheitsverbrecher. Sie gehören meist zur Klasse der Degenerirten und Imbecillen. Viele werden durch das Milieu, in dem sie aufgewachsen sind, zu Gewohnheitsverbrechern. Die meisten Verbrecher fallen auf das 18.—30. Lebensjahr. Diese Minderwerthigen müssen in besondern nach medizinisch-pädagogischen Gesichtspunkten geleiteten Anstalten erzogen und zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft herangebildet werden. Die Strafe, als Rache für verübte Missethaten, hat bei den Minderwertigen keinen Sinn, an ihre Stelle tritt besser die Erziehung.

Sighele (Rom) bespricht die Psychologie der Verbrecher zu zweien und mehr: Couple criminel, associations des malfaiteurs, secte criminelle, foule criminelle. Schon bei einem zu zweit verübten Verbrechen sieht man, dass der eine der Führende, der andre der Geführte ist. Darnach ist die Verantwortlichkeit zu beurtheilen. Beim Gemeinschaftsverbrechen ist die Schuld des einzelnen, je nach den Umständen, schwerer oder milder zu beurtheilen als beim Einzelverbrechen, z. B. wird beim vorher gemeinsam berathenen Verbrechen die Schuld des einzelnen sich vergrössern, während bei plötzlichen Erregungen der Massen sich auch der Beste zum Verbrechen hinreissen lassen kann, also seine Schuld sich verringert.

Deknatel (Bréda) verlangt eine eingehende Untersuchung der Rekruten auf ihren psychischen Zustand. Die Einstellung Minderwerthiger soll thunlichst vermieden werden. Desgleichen sind Soldaten mit verdächtigen Symptomen erst einer genauen Beobachtung zu unterwerfen, ehe man zur Strafe schreitet.

Dorado (Jurist, Salamanka) fordert die gänzliche Beseitigung der Strafe. An ihre Stelle trete die Pathologie pédagogique oder Pédagogie correctionelle. In den Verbrechern hätten wir nur Unglückliche zu sehen. Das Gesetz macht einen Unterschied in der Bestrafung der minderjährigen und volljährigen Verbrecher. Und doch schwankt das Grenzjahr zwischen, 14, 16, 20, 21, 25 und 30 Jahren. Warum nicht weitergehen? Die pädagogische Behandlung schliesse eine Art Strafe nicht völlig aus, wie ja das bei Kindern auch der Fall ist.

Näcke: Ueber die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Da Vf. eine Monographie darüber geschrieben hat, erübrigt sich hier das Referat.

Steinmetz (Leiden) erörtert den Gewinn, den das Studium des Verbrechers aus der Ethnologie ziehen kann. Diese allein entscheidet die Frage, ob der Verbrecher ein Ueberbleibsel des primitiven Menschen ist. Ein Fehler liegt darin, dass wir die Verbrechen bei primitiven Völkern gern von unsrem Standpunkt aus beurtheilen, statt von ihrem eigenen.

Bouman (Loosduinen) beschreibt eine in einer holländischen Bauernfamilie vorgekommene psychische Infection. Die Familienmitglieder waren bel stet, pflegten übertriebene religiöse Uebungen, lasen Tractätchen voll scheusslich-höllischer Phantasiegebilde und machten Influenza durch. Ein Bauer wurde verrückt, hallucinirte und verübte einen Mord, weil er den Satan töten müsste. Seine nähere und fernere Umgebung glaubte fest an die Sendung des Bauern-Messias, bis alle mehr oder weniger verrückt geworden waren.

Piepers (Jurist, Niederl.-Indien) sieht in der Entwicklungshemmung des Altruismus die Ursache des Verbrechens. Das Pathologische beim Verbrecher, seine Heredität, seine Degeneration, sind nur accidentelle Factoren. Auch erworbene pathologische Zustände, z. B. nach Trauma und Vergiftung, können dieselbe Wirkung haben, nämlich die altruistischen Gefühle ersticken.

Tenchini (Parma) hat eine Anomalie entdeckt, nämlich einen lamellenartigen Fortsatz, der, vom vordern Rand des jugum sphenoidale abzweigend, auf eine mehr oder weniger weite Strecke den Orbitaltheil des Stirnbeins bedeckt, so dass die Bogen der Orbitalhöhlen fast verdoppelt sind: Lamina orbitalis des Praesphenoids. Vf. untersuchte ca. 1200 Schädel bei Normalen, Verbrechern, Geisteskranken u. Affen. Die Anomalie fand sich häufiger bei Degenerirten und besonders bei denen, die mehrere Degenerationszeichen aufwiesen. Vf. sieht darin einen Rückschlag.

Wellenbergh (La Haye) plädirt dafür, die Greise, die ein Verbrechen begangen haben, auf ihren geistigen Zustand zu untersuchen. Nach ihm beginnt das Greisenalter mit 70 Jahren. Um diese Zeit nimmt die Widerstandsfähigkeit ab. Begeht da jemand, der vorher unbescholten war, ein Verbrechen, so ist seine Zurechnungsfähigkeit fraglich, selbst wenn keine eigentliche Psychose vorliegt. 1897 waren unter 10000 Greisen 3 verbrecherische. Meistens sind's Sittlichkeitsverbrechen. (Fortsetzung folgt.)

Ganter.

Personalnachricht.

— Sanitätsrath Dr. Bartels, Besitzer des Curhauses für Nervenkranke „Villa Friede" in Ballenstedt a. Harz, hat sich als Nervenarzt in Hameln niedergelassen.

Hofrath Professor Freiherr von Krafft-Ebing ist gestern in Graz an den Folgen von Neuralgie und Nierenleiden im Alter von 62 Jahren gestorben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Oberarzt Dr. **Ernst Schultze**, Privatdocent, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 40. 3. Januar. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G.-B.

(Nr. 14.)

In Sachen der Fleischermeisterfrau Marie B. geb. F. zu K., Klägerin und Berufungsklägerin, gegen ihren entmündigten Ehemann, den Fleischermeister Ludwig B. zu K., zur Zeit in der Irrenanstalt K., vertreten durch den Fleischermeister K. zu M. als Pfleger, Beklagten und Berufungsbeklagten, in der Berufungsinstanz wegen Scheidung der Ehe, hat der dritte Civilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Königsberg auf die mündliche Verhandlung vom 3. Februar 1902 für Recht erkannt:

Das Urtheil der zweiten Civilkammer des Königl. Landgerichts zu K. vom 26. Februar 1901 wird dahin abgeändert:

Die Ehe der Partheien wird geschieden. Die Kosten des Rechtsstreits werden dem Beklagten auferlegt.

Thatbestand.

Partheien sind seit dem 24. October 1877 mit einander verheirathet. Aus der Ehe sind 2 erwachsene Kinder am Leben.

Beklagter ist durch Beschluss des Amtsgerichts zu K. vom 5. November 1894 wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Klägerin verlangt wegen der Geisteskrankheit des Beklagten die Scheidung der Ehe. Der Vorderrichter hat die Klage abgewiesen. Er erachtet die geistige Gemeinschaft zwischen den Partheien nicht als aufgehoben, da nach dem Gutachten des vernommenen Sachverständigen, des Directors der Provinzial-Irrenanstalt K. Dr. S., Zustände von Verwirrtheit bei dem Beklagten in der Irrenanstalt nie beobachtet worden sind, sein Gedächtniss unversehrt geblieben ist, er sich auf alle Einzelheiten seines Lebens genau zu besinnen weiss und er das Verständniss und Interesse für seine Familienangelegenheiten keineswegs verloren habe. Dies gehe auch aus einem Briefe des Be-

klagten vom 25. October 1900 hervor, in welchem er der Klägerin zum Geburtstag gratulirt, sich über Vernachlässigung beklagt und um ihren Besuch bittet.

In zweiter Linie hält der Vorderrichter nicht jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft für ausgeschlossen, weil der Sachverständige die Krankheit des Beklagten nur als voraussichtlich unheilbar bezeichnet.

Gegen dieses Urtheil, auf dessen Thatbestand im Uebrigen Bezug genommen wird, hat Klägerin mit dem Antrage Berufung eingelegt: unter Abänderung der Vorentscheidung ihre Ehe zu scheiden.

Für den Beklagten ist in der Berufungsinstanz Niemand aufgetreten.

Zur Rechtfertigung ihrer Berufung hat Klägerin vorgetragen:

Schon im Jahre 1893 habe zwischen Partheien bei dem Landgericht ein Scheidungsprozess geschwebt.

Damals hätten die Zeugen Br. und M. bekundet, dass Klägerin von ihrem Mann in erheblicher Weise beleidigt und misshandelt worden sei. Schon damals habe der Director Dr. S. in einem Attest vom 2. November 1892 bescheinigt, dass Beklagter, welcher vom 15. Februar 1889 bis 28. Juni 1892 in der Irrenanstalt K. sich aufgehalten habe, mit einem unheilbaren, mit organischen Veränderungen verbundenen Gehirnleiden behaftet sei und als gemeingefährlicher Irrer der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedürfe.

Beweis: die Processakten des Landgerichts L. B. 14/93.

Im Jahre 1891 habe bei dem Amtsgericht B. ein Entmündigungsverfahren gegen den Beklagten geschwebt, welches zwar mit der Ablehnung der Entmündigung geendigt habe. In den Entmündigungsakten befinde sich aber ein für die Beurtheilung des Beklagten wesentliches eidliches Gutachten des damaligen Assistenzarztes an der Irrenanstalt K. Dr. F. vom 4. November 1891. Dr. F. erkläre unter Anderem: B. sei hereditär belastet, von früheren Erkrankungen sei nur bekannt, dass er nach Angaben seiner Frau wahrscheinlich syphilitisch gewesen sei. Am 19. September 1888 habe sich zum ersten Male eine Abnormität in seinem Verhalten gezeigt, und sei im October 1888 in der Innern Klinik zu K. festgestellt worden, dass Beklagter an der Zuckerkrankheit litt.

Im Januar 1889 habe Beklagter sich von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen beeinflusst gezeigt, und in der darauf folgenden Zeit über sehr starkes Schwindelgefühl, Gleichgewichtsstörungen beim Gehen und Sehbeschwerden geklagt. Am 15. Februar 1889 sei er in die Irrenanstalt aufgenommen worden; ausser den vorerwähnten Symptomen konnte hier noch constatirt werden, dass die Pupillen sehr träge auf Lichteinfall reagirten, dass die Sprache schwerfällig und langsam war und die Zunge bei einzelnen Silben anstiess. In der Nacht habe Beklagter laut mit seiner Frau und seinen Bekannten gesprochen. In der Kleidung sei er sehr nachlässig und unsauber gewesen.

Im Uebrigen habe er in der Irrenanstalt behaglich und zufrieden gelebt.

Am 20. Mai 1889 sei er urlaubsweise nach Hause geschickt worden, habe aber schon nach 4 Wochen zurückgebracht werden müssen, weil er sein Geschäft geschädigt und durch Unvorsichtigkeit beim Rauchen eine Scheune mit der ganzen Roggenernte angezündet habe.

In die Anstalt habe er sich ruhig bringen lassen und sei hier ganz zufrieden, so lange er gut essen und trinken könne und ihm der Rauchtabak nicht ausgehe.

Körperliche Symptome seien zur Zeit kaum demonstrabel.

Beklagter leide jedoch an einer chronischen Geisteskrankheit, der progressiven Paralyse der Irren. Bei dieser Art der Geisteskrankheiten könnten so weit gehende Remissionen eintreten, dass die Kranken dem unkundigen Laien fast gesund erscheinen; nichts destoweniger bleibe die Krankheit bestehen.

Beweis: die Entmündigungsakten des Amtsgerichts B. E. 2/91.

Im November 1893 sei sodann durch das Amtsgericht K. das Entmündigungsverfahren von Neuem eingeleitet und in demselben die Entmündigung des Beklagten ausgesprochen worden.

Die in diesen Akten E. 9/93 befindlichen eidlichen Gutachten des Dr. S. und des Dr. L. ergäben im Wesentlichen Folgendes:

B. sei auf Wunsch seiner Angehörigen am 28. Juni 1892 wieder probeweise aus der Anstalt entlassen worden, jedoch am 12. Juni 1893 auf Grund eines Attests des Irrenarztes Dr. St. vom 9. Juni 1893 wieder in die Irrenanstalt aufgenommen worden.

In diesem Attest bescheinige Dr. St., Patient leide an Paralysis progressiva luetica, einer unheilbaren Krankheit, die bei zeitweilig scheinbaren Besserungen unter allen Umständen mit fortschreitender Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, Aufhebung der sittlichen Empfindungen und Anschauungen und dem Auftreten organischer Krankheitserscheinungen des Gehirns in kürzerer oder längerer Zeit zum tötlichen Ausgang führe. Patient habe während seines Aufenthalts in der Aussenwelt den von seiner Frau erhaltenen Besitz fast ruinirt. In sinnloser, ganz kritikloser Weise habe er zu wirthschaften versucht, das Vieh weggeschlachtet,

sei nach Polen gefahren um Schweine zu kaufen trotz der Grenzsperre, habe sämmtliche Wirthschafts- und Fleischereigeräthschaften verkauft, sich Gesellen gehalten, obschon Nichts zu schlachten war, einer Dame einen Heirathsantrag gemacht und trotz der Anwesenheit seiner Frau stets Heirathsannoncen in die Zeitungen setzen lassen, um sich Geld zu verschaffen, endlich seine Frau unaufhörlich mit geschlechtlichen Attentaten verfolgt, obschon er ganz impotent war. Einem Schwager habe er wiederholt Geld entwendet.

Es stehe mit Sicherheit zu erwarten, dass er die letzten Subsistenzmittel für seine Familie vergeuden und mit dem Strafgesetzbuch in Conflict kommen werde.

Patient sei demgemäss in hohem Maasse gemeingefährlich und seine sofortige Ueberführung in eine Irrenanstalt dringend nothwendig.

Im Anschluss an dieses Attest des Dr. St. erklärten Dr. S. und Dr. L.:

Seit der Wiederaufnahme des Patienten sei in seinem Befinden keine wesentliche Aenderung eingetreten.

Die Innervation der Gesichtsmuskulatur sei eine schlaffe, die linke Pupille sei, — aber nicht ganz regelmässig — weiter, als die rechte, beide reagiren träge bei Lichteinfall, die Sprache biete bei genauer Beobachtung deutliches Häsitiren.

Das Vorhandensein eines mit organischen Veränderungen des Gehirns einhergehenden Leidens sei durch die Lähmungserscheinungen der Gehirnnerven wissenschaftlich bewiesen. Das Leiden bietet einen aussergewöhnlich schleichenden Verlauf. Die psychischen Degenerationserscheinungen treten im geregelten Anstaltsleben weniger in die Erscheinung, als sie zweifellos sich zeigen würden, wenn B. gezwungen wäre, den Kampf um seine Existenz ohne Ueberwachung und Schutz aufzunehmen. Die vorhandene geistige Schwäche lasse sich einem Laien nicht, wie ein Rechenexempel vordemonstriren; die ärztliche Ueberzeugung beruhe auf langer Beobachtung.

B. sei an einem schleichenden Gehirnleiden erkrankt; Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bestehe nicht. B. sei nicht im Stande, die „Folgen seiner Handlungen zu überlegen".

Klägerin trägt sodann im Wesentlichen in Uebereinstimmung mit vorstehenden Aeusserungen der Aerzte die ganze Krankheitsgeschichte des Beklagten nach Massgabe des hierdurch in Bezug genommenen Schriftsatzes vom 22. Juni 1901 vor, benennt Zeugen für die in den Gutachten der Aerzte erwähnten, durch die Unzurechnungsfähigkeit des Beklagten veranlassten Handlungen, eine vorsätzliche Brandstiftung, einen schweren Gelddiebstahl, die sinnlosen geschäftlichen Maassnahmen, die schamlosen, geschlechtlichen Attentate, das unvernünftige Benehmen des Beklagten, stellt ferner unter Beweis, dass sie in Folge der durch das Zusammenleben mit dem Beklagten ihr verursachten Gemüthsbewegungen vorübergehend die Sprache verloren habe, und benennt ferner den Arzt Dr. B. hier als Zeugen und Sachverständigen dafür, dass auch eine Schwester und ein Bruder des Beklagten geisteskrank seien und er mit Geisteskrankheit erblich belastet sei.

Ueber die vorstehenden Behauptungen der Klägerin hat nach Maassgabe des Beweisbeschlusses vom 24. Juni 1901 Beweisaufnahme stattgefunden durch Vernehmung der vorgeschlagenen Zeugen, welche im Wesentlichen die Behauptungen der Klägerin bestätigt haben.

Wegen des näheren Inhalts der Zeugenaussagen wird auf die protocollarischen Feststellungen des Amtsgerichts B. vom 17. September und 22. October 1901, des Amtsgerichts L. vom 2. October 1901, des beauftragten Richters des Berufungsgerichts vom 2. November 1901 Bezug genommen. Dr. B. hat insbesondere bestätigt, dass er eine Schwester des Beklagten, Frau B., längere Zeit an ausgesprochener Geisteskrankheit behandelt habe, diese auch später in die Irrenanstalt A. gebracht worden sei, dass er ferner bei der ärztlichen Behandlung der Frau B. erfahren habe, dass ein in Berlin lebender Bruder ein Trunkenbold und zu Gewaltthätigkeiten geneigter Mensch sei, endlich dass der Vater des Beklagten im Rufe eines sehr jähzornigen Mannes gestanden habe, während die Mutter eine Trinkerin gewesen sei.

Dr. B. gelangt hiernach zu der wissenschaftlichen Ueberzeugung, es bestehe ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Beklagte mit der Neigung zur Geisteskrankheit erblich belastet sei.

Demnächst ist der Director Dr. S. nochmals als Sachverständiger eidlich vernommen worden und hat unter ausdrücklicher Bezugnahme auf sein erstinstanzliches Gutachten hinsichtlich der Antecedentien, in welchem er sich dem oben wiedergegebenen Gutachten des Dr. F. anschliesst und seine in Gemeinschaft mit Dr. L. in der K.'ger Entmündigungssache abgegebenen Gutachten, deren wesentlicher Inhalt bereits dargestellt ist, aufrecht erhält, Folgendes erklärt:

Die Krankheit des Beklagten habe in jüngster Zeit geringe, aber deutlich erkennbare Fortschritte gemacht; insbesondere trete die Sprachstörung neuerdings stärker und deutlicher hervor. Daraus müsse der Schluss gezogen werden, dass das der Geisteskrankheit zu Grunde liegende schleichende Leiden

des Gehirns und seiner Häute an Ausdehnung und Intensität zugenommen habe. Nach den bestehenden Erfahrungen sei daher bei Lage des Falls eine Heilung oder wesentliche Besserung der Geisteskrankheit des B. ausgeschlossen.

Dem Beklagten fehle das Verständniss für seine Lage und seine Pflichten der Ehefrau gegenüber und, wenn seine Frau auf geistige Mitarbeit und gemeinsame geistige Thätigkeit rechne, so würde sie vergebens rechnen.

Der eigentliche Zweck des Briefes, in dem Beklagter seiner Frau zum Geburtstage gratulirt habe, sei in erster Linie die Wiedererlangung der Freiheit, — in zweiter Linie die Erlangung von Genussmitteln resp. der dazu nothwendigen Gelder gewesen.

Für die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse hätten auch geistig tief stehende Personen oft ein erhebliches Verständniss. Das Bewusstsein gemeinschaftlich bestehender Interessen fehle dem Beklagten.

In Bezug auf die Scheidung habe Beklagter seine Ansicht plötzlich geändert; er wolle jetzt auch geschieden sein, — mit der Motivirung, dass seine Frau ihn zu Unrecht in die Irrenanstalt gebracht und immer vernachlässigt habe.

Ersteres sei unrichtig, letzteres nur in beschränktem Maasse richtig.

Dass die Frau den Beklagten nicht besuchte, sei begreiflich, da die unausbleiblichen Eindrücke und heftigen Scenen das Befinden der äusserst nervösen Frau ungünstig beeinflussten.

Die Wiederkehr des Bewusstseins der gemeinschaftlich bestehenden Interessen sei gleichfalls ausgeschlossen.

Das Beweisergebniss ist vorgetragen worden und war hiernach, wie geschehen zu erkennen.

Entscheidungsgründe.

Bei Feststellung des Grades, welchen die Geisteskrankheit des Beklagten erreicht hat, darf nicht blos das gegenwärtige, äussere Verhalten des Beklagten in Betracht gezogen werden, wie es sich unter dem Einfluss des längeren Aufenthaltes in der Irrenanstalt entwickelt, da das behagliche Leben in der Anstalt das Befinden des Kranken günstig beeinflusst, in der Anstalt auch wenig Anreiz und Gelegenheit zu augenfälligen Excessen gegeben ist.

Das Verhalten des Beklagten ausserhalb der Irrenanstalt war, wie auf Grund der Aussagen der vernommenen Zeugen als erwiesen anzusehen ist, ein derartiges, dass er trotz wiederholter Beurlaubungen immer wieder in die Anstalt zurückgebracht werden musste.

Auf Grund der Bekundungen der Zeugen T. und Wittwe K. muss für erwiesen angesehen werden, dass Beklagter unter dem Einfluss seiner geistigen Erkrankung eine Scheune mit Vorräthen vorsätzlich in Brand gesetzt hat.

Die Aussage des Fleischers B. ergiebt, dass Beklagter, während er aus der Irrenanstalt beurlaubt war, wiederholt Geld gestohlen hat.

Aus der Bekundung der Zeugin N. geht hervor, dass Beklagter die Klägerin vielfach misshandelt hat.

Nach der T.'schen Aussage hat Beklagter in unsinniger Weise gewirthschaftet, in Abwesenheit seiner Frau alles Vieh geschlachtet, — sämmtliches lebende und todte Inventar verkauft.

Die Zeugin H. hat glaubhaft erfahren, dass Beklagter einem Fräulein einen Heirathsantrag gemacht hat.

Das gesammte Verhalten des Beklagten, so lange er in Freiheit war, war ein derartiges, dass Klägerin damals zu verschiedenen Zeugen geäussert hat, sie habe Angst, mit ihrem Manne zusammen zu leben, „er könne sie alle in der Nacht abschlachten".

Die Klägerin hat offenbar in Folge der durch das Zusammenleben mit dem Beklagten veranlassten häufigen Gemüthsbewegungen Sprachstörungen erlitten und eine Zeit lang gestottert.

Beklagter befindet sich jetzt seit Juni 1893 dauernd in der Irrenanstalt Kortau. Nach dem erstinstanzlichen Gutachten des Dr. S. war seit jener Zeit eine wesentliche Veränderung in dem Befinden des Beklagten nicht eingetreten; die Lähmungserscheinungen waren sogar „theils ganz verschwunden, theils erheblich zurückgegangen".

Nach dem letzten S.'schen Gutachten tritt aber jetzt die Sprachstörung wieder stärker und deutlicher hervor und ist hiernach wieder eine Zunahme der Gehirnkrankheit des Beklagten anzunehmen. Der gesammte Zustand des Beklagten ist daher gegenwärtig als ein solcher anzusehen, dass dem Beklagten das Verständniss für das sittliche Wesen der Ehe abhanden gekommen ist, — dass ihm das Bewusstsein der mit der Ehe verknüpften sittlichen Rechte und Pflichten fehlt.

Der Brief des Beklagten, in welchem er seiner Frau zum Geburtstag gratulirt, ist wesentlich durch das Bestreben veranlasst, hierdurch Genussmittel zu erlangen und steht daher den vorstehenden Feststellungen nicht entgegen.

Nach dem aus dem ärztlichen Gutachten ersichtlichen Character der Krankheit und ihrer langen Dauer, der ständigen, wenn auch langsamen Verschlimmerung, der durch dieselbe verursachten Zer-

störung der sittlichen und intellectuellen Urtheilskraft des Beklagten muss daher festgestellt werden, dass die Krankheit des Beklagten einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben ist (cfr. Jur. Wochenschrift 1901 S. 279).

Da das Leiden des Beklagten, hervorgerufen durch eine erbliche Belastung mit der Neigung zu Gehirnkrankheiten, mit anatomischen Veränderungen eines Theils der Gehirnsubstanz verknüpft ist und in den mehr als zwölf Jahren seines Bestehens, wenn auch schleichend, Fortschritte gemacht hat, tritt der Senat dem Gutachten des Sachverständigen auch darin bei, dass es nach den bestehenden Erfahrungen als unheilbar anzusehen ist.

Daraus folgt, dass auch jede Aussicht auf Wiederherstellung der durch die Krankheit aufgehobenen geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Die Voraussetzungen der Scheidung, welche § 1569 B. G.-B. erfordert, liegen somit vor.

Demnach war, unter Abänderung der Vorentscheidung, wie geschehen, zu erkennen.

Die Entscheidung des Kostenpunkts beruht auf § 19 C.-P.-O.

Mittheilungen.

— **Psychiatrischer Verein zu Berlin.** Sitzung vom 13. December 1902. Der Vorsitzende, Herr Moeli, widmet bei Beginn der Sitzung den verstorbenen Mitgliedern Dr. Kaplan-Herzberge, Sanitätsrath Dr. Wulffert-Berlin und Geheimen Sanitätsrath Dr. Fränkel-Dessau einen ehrenden Nachruf.

Herr Julinsburger berichtet alsdann über eine 66 jährige Patientin, welche hereditär belastet, seit dem 15. Lebensjahr an Krampfanfällen litt und welche jetzt das Symptomenbild der originären Paranoia darbot. Dabei bestand ein retrospectiver Beziehungswahn, welcher sich nicht an wirklich Erlebtes anknüpfte, sondern an Confabulationen.

Herr Boedeker besprach einen schweren Nachtheil, welcher durch die behördliche Verfügung seiner Anstalt zugefügt werde, dass freiwillige Pensionäre nur in ganz bestimmten Räumen des Hauses untergebracht werden dürfen. Die Unzweckmässigkeit einer solchen Bestimmung bedarf keiner weiteren Besprechung an dieser Stelle. In der sich anschliessenden Erörterung berichteten drei Besitzer grösserer Privatanstalten, dass für ihre Anstalten eine solche Einschränkung nicht bestände.

Herr Loewenthal bespricht im Anschluss an einen Specialfall die ministerielle Anordnung, dass bei gerichtlicher Ablehnung der Entmündigung bezw. bei Aufhebung der ausgesprochenen Entmündigung die Entlassung aus der geschlossenen Anstalt eintreten muss. Da bei bestehender Geisteskrankheit ganz bestimmte Voraussetzungen bestehen müssen, um die Entmündigung auszusprechen, so fehlt thatsächlich ein innerer Zusammenhang, um die Entlassung in solchen Fällen zu rechtfertigen. Zu erinnern ist an Alkoholiker, die sich häufig in der Anstalt schnell bessern, an Melancholiker, bei denen die Entmündigung häufig nicht ausgesprochen werden kann. In der Discussion weist Moeli auf den Rechtsweg in solchen Fällen hin, indem einmal im Wege der Beschwerde der Beschluss angefochten werden kann, oder der Staatsanwalt von neuem anzurufen ist.

Gock räth, bei zweifelhaften Fällen solle der Sachverständige das Verfahren auf 6 Monate aussetzen lassen. Es trete dann auch schon eine vorläufige Vormundschaft ein und die Entlassung aus der Anstalt sei nicht nöthig.

Herr Reich-Herzberge hat 44800 Anfälle bei hunderten von Epileptikern in der Anstalt Wuhlgarten nach verschiedenen Richtungen gruppirt und die Häufigkeit der Anfälle mit den meteorologischen Factoren im Verlaufe von 4 Jahren verglichen. In Betracht wurden Temperatur, Barometerstand, Bewölkung, relative Feuchtigkeit, Niederschläge, Gewitter gezogen. Die Zusammenstellung ergab, dass absolut kein Einfluss der Witterungsverhältnisse auf die Häufigkeit der Anfälle zu finden war. Waldschmidt machte darauf aufmerksam, dass er früher Gelegenheit gehabt habe, zu beobachten, dass eine Mehrung der Anfälle auch von Blutungen bei starker negativer Electrizität der Luft stattgefunden habe. Ascher.

— **Stuttgart.** Zum Fall Münch. Dem wegen seiner Processe und Excesse und wegen des merkwürdigen Streits über seinen Geisteszustand in den letzten Jahren vielgenannten Freiherrn Oskar v. Münch (früher Mitglied des Reichstags) ist eine angenehme Weihnachtsbotschaft zu theil geworden. Der heutige „Staatsanzeiger" verkündet nämlich: Die polizeiliche Einweisung des Freiherrn v. Münch in eine württembergische Irrenanstalt ist nunmehr durch Erlass der k. Kreisregierung in Reutlingen aufgehoben worden, nachdem die frühere Anordnung seiner Begleitung durch einen Wärter bei seinem Aufenthalt in Württemberg schon seit einigen Monaten in Wegfall gekommen war und sein Verhalten in neuerer Zeit keinen Grund mehr zu der Befürchtung einer gemeingefährlichen Bethätigung seiner Persönlichkeit gegeben hat.

— Am 24. December waren 25 Jahre verflossen, seitdem der bekannte Nervenarzt Dr. Ludwig Hirt zum ausserordentlichen Professor an der medicinischen Facultät der hiesigen Universität ernannt wurde. Bevor sich Dr. Ludwig Hirt der academischen Lehrthätigkeit zuwandte, war er bereits längere Zeit als practischer Arzt thätig gewesen. Nach seiner am 3. Juni 1871 erfolgten Habilitation beschäftigte er sich

zunächst ausschliesslich mit Hygiene. Seine Vorlesungen, die vorzugsweise für Studirende aller Fakultäten gehalten wurden, erfreuten sich zu einer Zeit, wo die Gesundheitspflege überhaupt noch nicht als selbständige Wissenschaft anerkannt wurde, eines ausserordentlichen Zuspruchs. Während 15 Jahren war Hirt Commissarius in der medicinischen Staatsprüfung für Aerzte. Die Publication eines grossen Werkes über die Krankheiten der Arbeiter, welches 1871—1878 in 4 Bänden erschien, wurde von der Kritik als bahnbrechend bezeichnet und machte den Verfasser zum Hauptbegründer aller modernen, auf den Arbeiterschutz hinzielenden Bestrebungen. Diesem Werke verdankte Hirt, nachdem sich eine Berufung als Ordinarius nach Utrecht zerschlagen hatte, seine frühe Ernennung zum ausserordentlichen Professor. Seit anfang der 80er Jahre wandte sich Hirt dem Gebiete der Neurologie zu und veröffentlichte ausser zahlreichen kleineren Abhandlungen ein werthvolles Handbuch der „Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten", welches in Deutschland in mehreren Auflagen erschien und gleichzeitig ins Französische, Englische und Italienische übersetzt wurde. Vom Magistrat schon vor 17 Jahren zum dirigirenden Arzte der städtischen Armenhäuser erwählt, bekleidet der Jubilar noch heute dieses Amt und vermag seiner ausgedehnten ärztlichen Thätigkeit nach allen Richtungen hin noch in erfreulicher Weise Rechnung zu tragen.

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (II. Sitzung vom 26. October 1902, Nachm.)

Vorsitzende: L. Tölle, später A. Rózsaffy.

Schriftführer: E. Németh, S. Tekepdy.

Der Vorsitzende meldet, dass Karl Lechner im Anschlusse an seinen heute Vormittags gehaltenen Vortrag dem Landes-Congresse der Irrenärzte folgenden Antrag vorlegt:

Der Congress der Irrenärzte entsende eine Commission, deren Aufgabe es sei, eine gesellschaftliche Action gegen die in meiner Arbeit geschilderten socialen Uebel einzuleiten, schon bestehende, derartige Bestrebungen zu unterstützen und in allen derartigen Institutionen dem sachverständigen Arzte den nöthigen Einfluss zu sichern.

Der Congress nimmt den Antrag an.

Tagesordnung.

3. Die Unterbringung irrer Verbrecher.
Ref. Ernst Emil Moravcsik.

Die Geisteskranken, welche mit der gesellschaftlichen Ordnung in Conflict gerathen, müssen in zwei Gruppen unterschieden werden: 1. Verbrecherische Irren (criminels aliénés) und 2. irre Verbrecher (aliénés criminels). Nach der detaillirten Ausführung dieses Satzes schildert M. die verschiedenen Methoden, welche in den verschiedenen Ländern bei der Unterbringung von irren Verbrechern (geisteskrank gewordene Verbrecher) gebräuchlich sind. Diese Geisteskranken werden untergebracht: 1. in eigenen Central-Anstalten, 2. in solchen Irrenanstalten, in welchen auch andere Geisteskranke aufgenommen werden, a) unter diese Kranken vertheilt, b) von diesen Kranken abgesondert auf eigenen Abtheilungen oder in eigenen Gebäuden; 3. in Adnexen der verschiedenen Gefangenenhäuser. Selbst diejenigen, welche leugnen, dass eine strenge Absonderung von irren Verbrechern unbedingt nothwendig ist, müssen — wenn auch in einer anderen Form — die Nothwendigkeit der Separation anerkennen; Moravcsik ist der Ansicht, dass die neben Gefangenenhäusern errichteten, allen psychiatrischen Anforderungen entsprechenden Beobachtungs- und Irrenheilanstalten den Vorzug vor allen anderen Anstalten verdienen. Der Leiter dieser Anstalten muss natürlich ein Psychiater sein und soll in seiner Fachthätigkeit vollkommen selbständig und unbeeinflusst bleiben. In solche Anstalten sollen sowohl Untersuchungs-Häftlinge behufs Untersuchung ihres Geisteszustandes als schon verurtheilte irre Verbrecher gebracht werden. Letztere sollen so lange hier bleiben, bis sie gesund geworden sind oder bis ihre Strafzeit abgelaufen ist. Der Vortragende giebt hierauf eine eingehende Schilderung der Beobachtungs- und Irrenheilanstalt, welche neben dem Budapester königl. Sammelgefängnisse errichtet wurde. Er schildert die Verhältnisse, die Einrichtung, die Organisation dieser Anstalt und äussert sich im Tone der wärmsten Anerkennung über ihre Thätigkeit.

Discussion.

Szigeti glaubt, dass besondere Irrenanstalten dennoch angezeigt wären, denn in solchen kämen Verdächtigungen des Gutachtens der Sachverständigen seitens einzelner Richter weniger zur Geltung. Der heutige administrative Vorgang, demgemäss die verbrecherischen Irren im Irrenhause beobachtet werden, hierauf bis zur richterlichen Constatirung ihrer Geisteskrankheit wieder zurück ins Gefängniss wandern, um von dort nachher wieder ins Irrenhaus zurückzukehren, ist ein ganz unzweckmässiger; es wäre viel angezeigter und einfacher, die Kranken gleich in der Beobachtungs-Anstalt zu belassen.

Molnár bestätigt auf Grund eigener Erfahrungen alles, was Szigeti vorbrachte.

Moravcsik: Dass ein in der Anstalt beobachtetes Individuum in dieser Anstalt nicht zurückgehalten werden kann, beruht auf den bezüglichen Verfügungen der Strafprocess-Ordnung und einer diesbezüglichen Ministerial-Verordnung, nach welcher die Dauer der Beobachtung die Zeit von zwei Monaten nicht überschreiten darf. Diese Verfügung hat ihre guten Gründe. Gelangt ein Individuum unter Beobachtung und constatirt der Arzt die Geisteskrankheit, so ist der Gerichtshof nicht gezwungen, das Gutachten des Arztes zu acceptiren; der Betreffende wird nur von dem Augenblicke an als geisteskrank betrachtet, in welchem seine Geisteskrankheit richterlich festgestellt wurde. Die Ministerial-Verordnung war übrigens so vorsichtig, auch an solche Fälle zu denken, in welchen die Geisteskrankheit prägnant und in störender Form zum Ausdrucke kommt; in solchen Fällen verständigt die Leitung der Anstalt den Gerichtshof und der Kranke bleibt, so lange der Richter keine anderweitige Verfügung trifft, in der Anstalt. M. selbst wünscht,

dass irre Verbrecher und habituelle Uebelthäter im Institute verbleiben.

4. Der Rechtsschutz der Geisteskranken. Ref. Eugen Konrád.

Der Vortragende beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Rechtsschutze der persönlichen Freiheit der Geisteskranken, mit den eherechtlichen Fragen derselben und mit den einzelnen Graden der rechtlichen Handelns- und Entschliessungsfähigkeit der Irren. Die Grundlage dieser Ausführungen bildet der Entwurf des ungarischen allgemeinen Gesetzbuches über das bürgerliche Recht.

Vom Standpunkte des Schutzes der persönlichen Freiheit aus genügt es nicht, dass die Geisteskrankheit des in eine Irrenanstalt aufgenommenen Kranken richterlich constatirt werde, sondern es ist unbedingt nothwendig, dass die Untersuchung auch darauf ausgedehnt werde, ob die Zurückhaltung des Kranken in der Anstalt unbedingt nothwendig ist. Ja es wäre sogar zu fordern, dass der Gerichtshof auch auf die zeitliche Dauer und Wirkung seines Urtheiles bedacht sei, die Irrenanstalt durch den Rechtsspruch also eigentlich nur dazu Berechtigung erhielt, den Kranken je nach seinem Zustande eine bestimmte Zeit hindurch in der Anstalt zurückzuhalten. Die practische Ausführung ist auf Grund des neuen ungarischen bürgerlichen Gesetzbuches ganz gut möglich. Das Bestreben des neuen bürgerlichen Gesetzbuches, dem Geisteskranken Rechte zu erhalten und zu retten und Grade der privatrechtlichen Entschliessungs-Fähigkeit desselben festzustellen, ist wärmstens zu begrüssen. Die aufgestellten Symptomencomplexe und Typen halten jedoch der psychiatrischen Prüfung nicht Stand und werden den Sachverständigen, falls die Bedeutung der einzelnen Symptome nicht genauer fixirt wird, noch manche Schwierigkeit bereiten.

Unser Eherecht schiesst im Rechtsschutze der Geisteskranken weit über das Ziel hinaus, denn es erkennt die Geisteskrankheit nicht als Scheidungsgrund an. Der deutsche Standpunkt, welcher überall dort, wo seelische Gemeinschaft unmöglich geworden ist, die Scheidung gestattet, ist gerechter und entspricht auch viel besser den practischen Bedürfnissen. Unser heutiges psychiatrisches Fachwissen gestattet uns positiv festzustellen, ob seelische Gemeinschaft mit dem Kranken oder ob Heilung desselben noch möglich ist oder nicht.

Discussion.

Ministerial-Secretär v. Szászy ersucht, dass der Vortrag in toto der Commission, welche den Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches vorbereitet, zu Studienzwecken überlassen werde. In merito bemerkt Sz. nur, dass zwischen der Begründung des § 7 und § 916 und zwischen den folgenden §§ kein Widerspruch besteht. Nach § 7 ist sowohl der Geisteskranke als der Geistesschwache unter Vormundschaft zu stellen; § 929 fordert, dass bezüglich der Fähigkeit, einen rechtsgültigen Contract abzuschliessen, zwischen Geisteskranken und Geistesschwachen graduelle Unterschiede gemacht werden.

5. Karl Décsi: Die Wärterfrage.

Décsi schildert jene gesteigerten Anforderungen, welche die Errungenschaften der modernen Psychiatrie und die freie Behandlung der Geisteskranken an Körper und Geist der Irrenwärter stellen. Dennoch werden diese Wärter nicht genügend entlohnt; ihre Wohnung ist schlecht, sie werden schlecht bezahlt; sie können keine Familie gründen, denn ihre Zukunft ist eine ungewisse. Die Folge dieser Zustände ist der stete Wechsel im Personale der Wärter und eine hochgradige Verschlechterung der Qualität des Wartepersonals; die Wärtermisère wird durch statistische Daten, welche sich auf vaterländische und ausländische Zustände beziehen, bewiesen. Hierauf folgt eine Besprechung der Methoden, durch welche diese Uebelstände abzuschaffen wären. Empfohlen wird eine Verbesserung der Gehalts- und Wohnungszustände, eine Regelung der Pensionsfähigkeit, die Colonisirung der Wärter, damit dieselben Familien gründen und erhalten können. Man sichere die Zukunft des Wärters und gebe ihm Gelegenheit, durch Curse und systematische Vorträge sein Fachwissen zu erweitern. Nach einer kritischen Betrachtung unserer Zustände empfiehlt Décsi, der Congress möge zum Studium der heimischen Verhältnisse auf diesem Gebiete eine eigene Commission entsenden.

Discussion:

Oláh: Er habe vor einigen Jahren wiederholt versucht, durch Gehaltsverbesserung, durch systematischen Unterricht und Anstellung intelligenterer Individuen ein besseres Wartepersonal zu erhalten; doch blieben diese Versuche erfolglos. Die vorzüglichsten Wärter sind die barmherzigen Schwestern. Für den Wärter ist die Möglichkeit, eine Familie zu gründen, bei uns nur auf der Abtheilung Prof. Moravcsik's gegeben. Auch diese Einrichtung erwies sich als unzweckmässig.

Salgó: Der systematische Unterricht des Wartepersonales hat die daran geknüpften Erwartungen nicht erfüllt. Das höhere Gehalt und die Pensionsfähigkeit haben zwar den Erfolg, dass die Wärter im Dienste verbleiben, doch ist es durchaus kein Vortheil, ein im langjährigen Dienste schwach und apathisch gewordenes Wartepersonal zu besitzen. Zweckmässiger wäre es, dem Irrenwärter nach einer gewissen Dienstzeit eine Abfindungssumme zu geben, womit er ein neues Leben beginnen könnte. Am zweckmässigsten wäre es, anstatt der bisher üblichen 24 stündigen Dienstzeit eine Dienstzeit von 8 Stunden zu systemisiren.

Molnár weist auf die Einrichtung unserer ältesten Irrenheilanstalt, der Schwarzer'schen Privat-Irrenheilanstalt hin. In derselben sind seit 25—30 Jahren gut versorgte, im Alter pensionirte Wärter angestellt, deren Dienst in Folge der weisen Zeiteintheilung ein verhältnissmässig leichter ist.

Fischer bemerkt gegenüber den Ausführungen Salgó's, dass der bessere Unterricht des Wartepersonales eine elementare Nothwendigkeit ist. Progressive Gehaltsaufbesserung und zweckmässige Zeiteintheilung wären ebenfalls von bestem Erfolge begleitet.

Telegdi wünscht, dass gesetzlich oder auf dem Verordnungswege festgestellt werde, welches Maximum von Kranken einem Wärter zugewiesen werden darf. Wenn die Zahl der Kranken ansteigt, ist es heute nur auf dem Wege einer langwierigen Procedur möglich, eine Vermehrung des Wartepersonales durchzusetzen.

Epstein: Es handelt sich darum, dass wir ein tüchtigeres Wartepersonal erhalten; das werden wir jedoch durch Verbesserung der Lage dieser Leute, durch Gehaltsaufbesserung, Pension u. s. w. allein nicht erreichen können. Zwei Dinge kommen hier in Betracht.

Erstens soll die Diensteintheilung — wie das Salgó schon bemerkte — eine solche sein, dass der Wärter seinem Dienste gewissenhaft nachzukommen im Stande sei und zweitens werde er von solchen Arbeiten befreit, welche nicht in den Wirkungskreis eines Krankenwärters gehören. Solche Arbeiten sind z. B. Aufreiben des Bodens, Reinigung des Zimmers u. dgl. m. Für diese Arbeiten müssten eigene Leute angestellt werden.

Raisz: Die Erfahrung lehrt, dass die Lösung der Wärterfrage von zwei Dingen abhängt. Erstens müssen wir unser Wartepersonal aus einer gesellschaftlich viel höher stehenden Klasse nehmen, als wir das bisher gethan haben; zweitens müssen wir Wärter in genügend grosser Zahl anstellen und sie ordentlich bezahlen. In letzter Zeit besserten sich durch die Anstellung der barmherzigen Schwestern die Zustände ein wenig, doch sind auch diese nur von relativ besserer Brauchbarkeit. Es ist wichtig, dass der Wärter von echter Menschenliebe durchdrungen sei. Wir müssen bestrebt sein, Individuen, welche auf einem höheren gesellschaftlichen Niveau stehen, für den Beruf der Irrenwärter zu gewinnen.

Décsi dankt für die Bemerkungen der Vorredner, da dieselben seine eigenen Ausführungen ergänzen und bereichern. Die Verhältnisse in der Schwartzer'schen Heilanstalt sind mit den Verhältnissen in unseren öffentlichen Anstalten überhaupt nicht zu vergleichen. Während wir dort gute Verhältnisse finden, sind hier die Verhältnisse die denkbar schlechtesten.

III. Sitzung vom 27. October 1902, Vormittag.

Vorsitzender: Julius Rickl, später Eug. Konrad, Franz Biringer. Schriftführer: Edmund Németh, G. Vernbach.

6. Die sexuellen Perversitäten vom psychiatrischen und strafrechtlichen Gesichtspunkte.

a) Ref. Jacob Salgó.

Die perversen Aeusserungen der Geschlechtslust sind beiläufig ebenso alt, wie der Geschlechtstrieb selbst. Vollkommen vertrauenswürdige Documente beweisen, dass es kaum ein Zeitalter gab, welchem die sexuellen Perversitäten unbekannt geblieben wären. Diese schriftlichen Ueberlieferungen beweisen, dass die Perversitäten nicht vielleicht eine Folge der heutigen decadenten Weltanschauung und der aus dieser hervorgehenden Degeneration des Nervensystems sind, wie das manche Autoren behaupten und dass sie auch nicht dem Mangel an Cultur und geistiger Entwickelung zuzuschreiben sind. Wir wissen, dass in Rom und in Griechenland zur Zeit der höchsten Blüthe der Cultur die sexuellen Perversitäten eben so sehr verbreitet waren, wie bei den Indiern, bei den allerzurückgebliebensten afrikanischen Stämmen und anderen ganz ungebildeten orientalischen Völkerschaften, welche in diesen Perversitäten nichts Dehonestirendes, Unschickliches erblickten. Erst seitdem man begann, sich wenigstens mit dem Anscheine des wissenschaftlichen Ernstes mit dieser Frage zu befassen, erhielt sie Bürgerrecht in ernsten wissenschaftlichen Corporationen und bildet den Gegenstand intensiver Forschung auf ärztlichem und juridischem Gebiete.

Ich werde mich natürlich hauptsächlich mit dem ärztlichen Theile der Frage befassen, die strafrechtlichen Beziehungen meines Themas aber eben nur berühren.

Wir wissen, dass in neuerer Zeit einige Fachleute die sexuellen Perversitäten unter dem Namen der Psychopathia sexualis zusammenfassten. Sie wollten damit andeuten, dass alle diese Perversitäten einem pathologischen Geisteszustande entspringen. Zur Unterstützung dieser Auffassung wurde darauf hingewiesen, dass die sexuellen Perversitäten gewöhnlich bei solchen Menschen auftreten, welche auch andere körperliche und geistige Abnormitäten, sogenannte „Stigmata" aufzuweisen haben, welche unter gewissen hereditären Einflüssen leiden; dass sie auch in diesen Fällen erst dann auftreten, wenn schon eine gewisse Degeneration des Nervensystems und der psychischen Functionen vorhanden ist und dass schliesslich einzelne Arten der Perversität, namentlich die Homosexualität den Folgezustand einer angeborenen, also einem Entwicklungsfehler entspringenden Inversion der Geschlechtslust darstellen.

Die ethnographischen und andere litterarische Beweise unterstützen jedoch diese Annahme nicht. Ich erwähnte schon vorher, dass die Homosexualität zu jeder Zeit, in jedem Stadium der Entwickelung und Cultur und an jedem Orte der Erde vorkam und vorkommt und dass wir zwischen Homosexuellen häufig solchen Individuen begegnen, welche sonst kein Zeichen irgendwelcher Degeneration an sich tragen. Nichts beweist aber klarer und unwiderleglicher, dass die Homosexualität nicht als angeborene Inversion aufzufassen ist, als der Umstand, dass homosexuelle Umtriebe niemals, weder bei einzelnen Individuen, noch bei ganzen Völkern das normale heterosexuelle Leben ausschlossen. Daraus folgt, dass sowohl die Homosexualität als auch manche andere Perversität nichts anderes, als der von Hoche zuerst besprochene „Reizhunger", welcher aus den verschiedensten äusseren Ursachen entstehen kann, zur Grundlage hat. Er kann entstehen, weil die Gelegenheit zur normalen Befriedigung der Geschlechtslust fehlt, oder auch darum, weil der gewohnte normale Geschlechtsact nicht mehr im Stande ist, die gewohnte Sensation hervorzurufen. Und wir wissen sehr gut, welche Findigkeit der Mensch im Aufsuchen und im Steigern des Ver-

gnügens, im Hervorrufen angenehmer Sensationen im Allgemeinen und insbesondere auf sexuellem Gebiete besitzt, ohne dass wir dieses Bestreben als pathologisch betrachten könnten. Nur die Homosexuellen suchen zu beweisen, dass die Homosexualität angeboren ist, dass sie unter dem Zwange ihres perversen Triebes stehen und sich vergeblich gegen denselben wehren. Wir kennen aber die alte Sentenz: „Priapus ist der Gott der Lüge" und wissen, dass auf keinem anderen Gebiete menschlichen Handelns so viel Selbstbetrug, so viel Täuschung Anderer vorkommt, als hier, und werden also auf die Bekenntnisse dieser Perversen kein besonderes Gewicht legen.

Was jene körperlichen und geistigen Degenerations-Symptome anbelangt, welche bei perversen Individuen so häufig zu finden sind, so kennen wir deren pathologischen Werth überhaupt nicht. Wir haben keinen einzigen Beweis dafür, dass diese sogenannten Stigmata mit Abnormitäten des Nervensystems zusammenhängen und als Folgezustände dieser Abnormitäten aufzufassen sind.

Damit will ich nicht etwa gesagt haben, dass bei Geisteskranken überhaupt keine sexuellen Perversitäten vorkämen. Im Gegentheile. Wir wissen, dass es eine ganze Reihe von pathologischen Geisteszuständen giebt, bei welchen sexuelle Perversität ständig in der Reihe der Symptome zu finden ist. Ich will nur so viel gesagt haben, dass sexuelle Perversität für sich allein nicht als Geisteskrankheit zu betrachten ist, ja nicht einmal das pathognomonische Symptom irgend einer geistigen Erkrankung darstellt. In Fällen, in welchen sexuelle Perversität ein Glied im Symptomencomplexe einer Geisteskrankheit darstellt, erkennen wir den pathologischen Zustand aus anderen, viel characteristischeren Symptomen und nur die durch andere Symptome diagnosticirte Erkrankung beweist, dass wir die sexuelle Perversität hier als pathologisches Symptom aufzufassen haben.

(Schluss folgt.)

Referate.

— Laquer, Ueber schwachsinnige Schulkinder*).

Die Schrift stellt sich die Aufgabe, nachzuweisen, inwieweit die Betheiligung von practischen Aerzten an der Beobachtung und Versorgung von Schwachsinnigen nothwendig und erspriesslich erscheint. Den ersten beiden Schuljahren fällt die erfolgreichste Aufgabe bei der Feststellung des kindlichen Schwachsinnigen zu, weil für die Prüfung des Geisteszustandes in diesem Alter die Schule den besten methodischen Weg abgiebt. Die Erkennung der idiotischen Gruppe von Schwachsinnigen gelingt dem erfahrenen Lehrer in den meisten Fällen auch ohne die Mitwirkung des Schularztes. Die Feststellung der Imbecillität der Kinder erfordert ein Zusammenwirken des Arztes mit dem Lehrer. Die Seh- und Hörprüfung, einige Monate nach Beginn des Unterrichts ausgeführt, wenn ein Kind den Fragen eines ihm fremden Beobachters, Schularzt, schon folgen kann, ergiebt die zwischen Arzt und Lehrer zu erörternde Frage, ist das Kind seh- bezüglich hörschwach oder begriffsschwach? Das schwachsinnige Kind ist überaus leicht zum Weinen geneigt, wenn es Fragen nicht beantworten kann, baumelt bei der Untersuchung mit den Beinen, zupft an der Kleidung, spielt mit den Händen und steckt die Finger in den Mund oder in die Nase. Auf Grund schulärztlicher und specialärztlicher Voruntersuchungen an den Sinnesorganen baut sich im ersten Schuljahre die ärztliche Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Schwachsinn" auf. Der Arzt muss immer im Auge behalten, dass die Minderwerthigkeit der geistigen Anlage eine besondere Behandlung nothwendig macht, die unabhängig von den Maassnahmen für körperliche Heilung und Pflege erfolgen muss. Ein Kind, welches nach einem Jahre, spätestens nach zwei Jahren das Ziel der Unterstufe der Volksschule nicht erreicht hat, muss als schwachsinnig angesehen werden. In der Vorgeschichte schwachsinniger Schulkinder verdienen vier Momente der erblichen Belastung eingehende Berücksichtigung, Tuberkulose, Alkoholismus, Lues, Nerven- und Geisteskrankheiten der Erzeuger, Grosseltern und Seitenlinien. Nach der Criminalität der Eltern und nach Selbstmorden in der Familie muss man fragen. — Sobald ein Kind in eine Hilfsschule (nur für schwachsinnige Kinder) eingetreten ist, ist die Beobachtung durch Lehrer und Arzt eine wesentlich leichtere. Eine Aussonderung anstaltsbedürftiger Elemente, Epileptiker, z. B., ist hier so früh wie möglich in die Wege zu leiten, wegen des schlimmen Einflusses auf die anderen Zöglinge und weil sie einen Hemmschuh im Unterricht bilden. Lehrer und Aerzte der Hilfsschulen müssen sich mit ihren Zöglingen so lange wie möglich beschäftigen, dürfen in geistiger Beziehung nicht zu viel von ihnen verlangen und möchten ihre Schützlinge nach der Entlassung aus der Schule nicht spät genug aus den Augen lassen. Die Neigungen der Schwachsinnigen zu alkoholischen Ausschreitungen, ihre Verführbarkeit zu leichtsinnigen und verbrecherischen Handlungen, zu geschlechtlichen Ausschweifungen (Prostitution) führen sie sehr bald dem Gefängniss, dem Krankenhause, (dem Correctionshause) und oft den Irrenanstalten zu. Unversorgte und unbeaufsichtigte Schwachsinnige bilden geradezu einen Krebsschaden an unserem socialen Organismus. Der Kampf gegen die Tuberkulose ist aufgenommen, der Kampf gegen die venerischen Krankheiten soll aufgenommen werden. Und der Kampf gegen den Alkohol? er ist auch aufgenommen (aber abseits steht ihm die Mehrzahl der Angehörigen des Standes, welcher vor allem dazu berufen ist, das Volk in gesundheitlichen Fragen aufzuklären und ihm Führer zu sein. Im Zeitalter der Naturwissenschaften dürften sich die Aerzte nicht von den Laien belehren lassen. Das wird sich nochmals bitter rächen).

J. S. Mascher-Hubertusburg.

*) Heft 1 des IV. Bandes der Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgeg. von Prof. Dr. A. Hoche, Freiburg in Br.) Halle a. S. 1902. Verlag von Carl Marhold. Preis Mk. 1,50.

— Möbius, Geschlecht und Krankheit*). 1903.

Wenn die Frage erörtert ist, wie sich die Geschlechter den einzelnen Krankheiten gegenüber verhalten, dann könnte vielleicht etwas darüber zu erfahren sein, ob es eine Langlebigkeit giebt, die dem weiblichen Geschlechte eingeboren wäre. Krankheiten, die nur dem männlichen Geschlechte eigen sind, kennt M. nicht, wohl aber solche (Chlorose, Osteomalacie) die nur Weiber befallen. Die Osteomalacie der Männer will M. anderen Knochenkrankheiten zuschreiben. In gewissem Sinne seien auch hierher die Uterusmyome zu rechnen. Diese Erkrankungen nennt M. eingeschlechtige. Dann giebt es Krankheiten, welche vorzugsweise nur ein Geschlecht befallen. Auch hier sind die „weiblichen" Krankheiten gegenüber den „männlichen" (Hämophilie, primärer Muskelschwund) im Vorsprung. Ein mässiges Uebergewicht beim männlichen Geschlecht haben Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Gehirngeschwülste, angeborene Herzschwäche, Leukämie, Heufieber. Im Gegensatz dazu bilden die vorwiegend weiblichen Krankheiten eine lange Reihe, zunächst eine Anzahl von Kinderkrankheiten (chorea Sydenhamii, Keuchhusten, umschriebener Gesichtsschwund, Torticollis spasticus), sodann die Schilddrüsenkrankheiten, jedenfalls aber Myxödem, Basedow. Etwa 80% der Erkrankungen an chronischem Gelenkrheumatismus fallen auf das weibliche Geschlecht. Als eine Krankheit der Weiber gilt sodann die Hysterie, wie schon der Name angiebt. Das ist sicher, dass die nicht traumatische Hysterie eine weibliche Krankheit, 70%, ist. Bei den eigentlichen Geisteskrankheiten ist nur beim manisch-depressiven Irresein ein starkes Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, 66%, erwiesen. Bei der Migräne ist ebenso wie bei der Hysterie der Antheil der Knaben nicht viel kleiner als der der Mädchen. Erst das reifere Alter lässt den weiblichen Antheil erheblich anwachsen. Bestimmte Hautkrankheiten (Erythema nodosum, Lupus erythematosus) sind beim weiblichen Geschlecht ungleich häufiger als beim männlichen. Auffallend ist der Antheil des weiblichen Geschlechts bei Erkrankungen an alkoholischer Neuritis. Es sind nur wenige Krankheiten (Cholelithiasis, acute gelbe Leberatrophie, Wanderniere, Gastroptosis, Trachom, Thränensackeiterungen), deren Häufigkeit im weiblichen Geschlecht den Lebensumständen zugeschrieben wird. Die männliche Thätigkeit verursacht viele vom Verkehr abhängige und auf anderen Wegen gehende Infectionen bei dem männlichen Geschlechte. Hierher sind zu rechnen Febris recurrens, Fleckfieber, Typhus abdominalis, Gelbfieber, Hundswuth, Tetanus, Dysenterie, Ischias. Die Bestände von Nervenschwäche sind bei Männern häufiger als bei Weibern. Einzelne Hautkrankheiten (Ekcema marginatum, Pemphigus) sind bei Männern häufiger. Der Alkohol lässt bei den Männern viele Erkrankungen entstehen, welche bei dem zum Glück noch in Deutschland zum grössten Theil an-alkoholistischen Weibern das weibliche Geschlecht verschonen. Dahin sind zu rechnen das Delirium tremens, der chronische Alkoholismus und die Schädigungen, welche der regelmässige Genuss von Alkohol verursacht. Gastritis chronica, Magenerweiterung, Lebercirrhose, Leberabscess sind vorwiegend alkoholistische Erkrankungen. Die vorzeitige Arteriosclerose und Atheromatose, die chronischen Nierenkrankheiten verschulden Alkohol und Geschlechtskrankheiten in gleicher Weise. An croupöser Pneumonie erkranken mehr Männer als Weiber. Morphinismus ist hauptsächlich eine Männerkrankheit. Der Tripper mit seinen Folgekrankheiten ist „unendlich viel häufiger" beim Manne als beim Weibe. Die Zahl der Männer bei Syphilis und syphilitischen Nachkrankheiten ist viel grösser als die der Weiber. Krankheiten, bei denen keine oder doch nur unwesentliche Verschiedenheiten bei den Geschlechtern bestehen, sind Tuberculose, Carcinom, Cholera asiatica, Cholera nostras, Pest, Aussatz, Malaria, Pocken, acuter Gelenkrheumatismus, Masern, Scharlach, Diphtherie, Rhachitis u. s. f. M. fasst nun die Krankheiten zusammen und unterscheidet solche mit natürlichem Geschlechtsunterschied und solche mit socialem Geschlechtsunterschied. Die letzteren verursachen bei Männern eine grössere Mortabilität gegenüber den Weibern; Bacchus und Venus verdankt die männliche Mortabilität ihr Uebergewicht über die weibliche. Keine Thatsache spricht für eine grössere Wiederstandsfähigkeit des Weibes gegen Krankheiten gegenüber dem Manne. Es liegt kein Grund vor, dem weiblichen Geschlechte an sich eine eigene Langlebigkeit zuzusprechen.

I. S. Mascher-Hubertusburg.

*) (Heft 1 der „Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden.") Halle a. S. 1903, Verlag von Carl Marhold. — Preis Mk. 1,—, im Abonnement Mk. 0,80.

— V. Congrès international d'anthropologie criminelle. Amsterdam 9.—14. September 1901. (Fortsetzung.)

Tschisch (Dorpat): Die Verbrechertypen nach Dostojewskij. Eine ausgezeichnete Studie, die sich aber nicht referiren lässt. Darnach hat Dost. bereits 50 Jahre vor der Kriminalanthropologie die Verbrecherkategorieen so treffend unterschieden und beschrieben, wie es seitdem niemand besser gelungen ist. Er unterschied bereits den geborenen, den politischen Verbrecher, den Gelegenheits- und Leidenschaftsverbrecher, und unter den politischen Verbrechern wieder den pathologischen, den geborenen und den Verbrecher aus Fanatismus.

Franchi (Jurist, Rom): Ueber die Einführung der psychophysischen Untersuchungsmethoden im Strafprocess.

Renda und Squillace: In Kalabrien überwiegen die Verbrechen gegen das Leben und die Epilepsie. Ursachen: Ethnische, sociale, intellektuelle, moralische Factoren, Temperament, Gifte (Malaria, Alkoholismus, Syphilis).

Louise Robinovitsch weist, zur Verhütung des Verbrechens, auf die günstigen Erfahrungen hin, die im Elmira Reformatory gemacht wurden, wo die Verbrecher durch Unterricht, durch Erlernung verschiedener Handwerke zu ehrlichen Menschen ge-

macht werden und nach ihrer Entlassung ehrlich ihr Brot verdienen können.

Tarde (Paris) untersucht den Einfluss politisch-religiöser und öconomischer Krisen auf die Kriminalität. Sie sind nicht die einzige Quelle der Verbrechen, ja nicht einmal eine konstante Quelle.

Cutrera (Sicilien) kritisirt die Mängel der italienischen Correctionshäuser. Dort werden Minderjährige von 9—20 Jahren internirt, alles durcheinander, unverdorbene Knaben und geborene Verbrecher, ohne etwas zu lernen. Bei der Entlassung fallen sie dann alle dem Verbrechen in die Arme, die weiblichen Personen auch der Prostitution. Eine verfehlte Maassnahme ist ferner die Zuweisung eines Zwangsaufenthaltsortes an junge Leute, die ein Verbrechen begangen haben. Manche Insel wird so zu einer Universität des Verbrechens. Vf. schlägt vor: Verwaiste oder von ihren Eltern verlassene Kinder werden gegen Entgeld in Familien untergebracht. Minderjährige geborene Verbrecher kommen in besondere Anstalten zur Erziehung und um ein Handwerk zu lernen. Die absolut Unverbesserlichen werden dauernd internirt. Manche Verbrecher-Recidivisten erhalten einen Zwangsaufenthaltsort unter Polizeiaufsicht zudictirt. Die geborenen Verbrecher werden verbannt. Alle müssen zur Arbeit gezwungen werden.

Bombarda (Lissabon) hofft aus dem Studium des Verbrechens bei Thieren Aufklärung für die verwickeltere Psychologie des Verbrechens beim Menschen zu finden. Bei Thieren ist der psychologische Vorgang einfacher, nur sind die bisher gesammelten zahlreichen Beobachtungen wenig brauchbar, da sie zumeist von einem aprioristisch psychologischen Standpunkt aus angestellt worden sind. Man muss das Leben der Thiere, vor allem das der Hausthiere, veränderten Bedingungen unterwerfen und sie so in ihrem Verhalten beobachten. Die Methoden der Anthropologie müssen auch hier angewendet werden. Alle Charaktereigenschaften, alle Leidenschaften, Gemüthsstimmungen finden sich auch bei den Thieren. Auch da giebt es Geisteskranke, Unverbesserliche, Unträtable, pervers Sexuelle, Nervöse, Hysterische, Epileptische. Vf. beschreibt den epileptischen Charakter zweier Hunde.

Lombroso meint, die Verbrecher von Genie (Alexander, Napoleon) zeigten deshalb nicht den Verbrechertypus, weil ihre Physionomieen durch ihre hervorragende geistige Thätigkeit modificirt wurden, und weil sie sich nicht der gewöhnlichen brutalen Mittel des gewöhnlichen Verbrechers bedienten, sondern solcher, die ein Studium der Wissenschaften voraussetzten. Auch stammten sie meistens aus den höheren Klassen, wo die atavistischen Merkmale weniger ausgeprägt seien. Bei vielen sei ausserdem der Verbrecher-Charakter erst durch eine Krankheit hervorgerufen worden, oder es seien nur innere Degenerationszeichen vorhanden, z. B. Windungsanomagen der Gehirnrinde.

Ferri (Jurist, Rom) erblickt im Verbrechen eine natürliche Erscheinung, wie in einer Krankheit. Alle Verbrecher sind Anormale, aber es giebt unter ihnen zwei Klassen: Involutiv Anormale mit atavistischen und egoistischen Tendenzen, aus deren Verbrechen nicht der geringste Nutzen hervorgeht, und evolutiv Anormale mit progressiven und altruistischen Tendenzen, die sie aber manchmal bis zum Verbrechen überschreiten. Die Verbrecherenergie dieser letzteren Sorte kann von der Gesellschaft in nützliche Bahnen gelenkt werden. Sie rekrutirt sich aus den Deklassirten, Verwahrlosten, Verlassenen, politisch Unterdrückten.

Colajanni weist an der Hand der Wahlergebnisse in Deutschland und Italien nach, dass die Gegenden, wo die meisten socialdemokratischen Stimmen abgegeben worden sind, auch die geringste Zahl an Verbrechen aufweisen.

Clark Bell: Der Staat New-York hat vom 1. IX. 1901 ab das Gesetz der sentence indéterminée eingeführt. Darunter fallen Leute, die zum ersten Mal zu Gefängniss bis zu 5 Jahren verurtheilt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— Der Titel „Sanitätsrath" wurde verliehen an Director Dr. Vorster-Stephansfeld, Director Dr. Gottlob-Merzig, Director Dr. Neuhaus-Düsseldorf, dem leitenden Arzte der israelitischen Heil- und Pflege-Anstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Sayn b. Coblenz, Dr. Behrendt; der Professortitel dem Privatdocenten Dr. Bonhoeffer in Breslau.

Entgegnung auf die Erwiderung des Herrn Prof. Dr. Pick.

Von Dr. *Pfausler*, Director in Valduna.

Herr Prof. Pick hat auf S. 432 eine „sachliche Richtigstellung" meiner Ausführungen in Nr. 32 dieser Wochenschrift, in soweit sie seine Person betrafen, zur Aufnahme gebracht, zu der ich folgendes bemerken muss:

ad 1) Herr Prof. Pick giebt selbst zu, dass er in seiner leitenden Stellung in Dobran als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren mitgewirkt hat. Eine sachliche Richtigstellung meiner diesbezüglichen Angabe wird Herr Prof. Pick doch wohl ernstlich hierin nicht erblicken wollen, während er doch selbst das Thatsächliche meiner Behauptung zugesteht.

Herr Prof. Pick bringt dafür allerdings anscheinend eine Entschuldigung vor und erklärt, dass er „nach längerem Sträuben" seinerseits zur Expertise „sozusagen gezwungen worden sei". Es dürfte somit gerathen sein, diese jedenfalls interessanten Vorgänge erst näher aufgeklärt zu hören, bevor ich mich zu dieser Quasi-Entschuldigung, die übrigens zu meiner Aufstellung als eine „sachliche Richtigstellung" nicht herangezogen werden kann, weiter äussere.

ad 2) Es liegt mir die bestimmte Mittheilung vor, dass Herr Prof. Pick gegen den Stadtarzt, der sich zur Expertise in Dobran meldete, Stellung genommen hat. Herr Prof. Pick wagt selbst nicht dies vollends in Abrede zu stellen und flüchtet sich hierfür hinter einen Erinnerungs-Mangel.

Dass eine solche Stellungnahme eine amtliche gewesen, wurde nicht behauptet; umsomehr aber ist die Annahme berechtigt, dass seine „privatime" Stellungnahme auch seinen privaten Anschauungen entsprochen haben muss.

Ich nehme gerne an, dass diese Stellungnahme nicht erfolgte, weil der betreffende Stadtarzt „nicht Anstaltsarzt" war.

Die Stellungnahme des Herrn Prof. Pick dürfte wohl darum veranlasst worden sein, weil er die Competenz des betreffenden Arztes für die Expertise als unzulänglich angesehen haben wird. Sonst sehe ich nicht ein, warum Herr Prof. Pick einerseits gegen seine Zuziehung zur Expertise sich lange gesträubt haben soll, und andererseits wieder gegen die Zuziehung des Stadtarztes zu derselben Stellung genommen hat. Er wird doch nicht geglaubt haben, dass die Resultate der Expertise die besseren, oder dass das Gesammtwohl der ihm anvertrauten Kranken intensiver und allseitiger gefördert sein werde, wenn er diese Pflicht schwächeren Schultern freiwillig oder unfreiwillig überliess. In diesem Punkte treffen sich hoffentlich unsere Anschauungen. Meine Stellungnahme gegen den bekannten Ministerial-Erlass richtet sich dahin, dass ich die Competenz der an die Stelle der Anstaltsärzte zur Expertise berufenen Sachverständigen für eine einwandfreie Rechtsentscheidung als ungenügend, ja vielfach als unzulässig erkenne. Darauf kommt es an. In der Experten-Commission ist der Richter als solcher vom psychiatrischen Standpuncte ein Laie und vergiebt sich dabei nichts, wenn er sich in seiner Entscheidungsformel an die berathende und begutachtende Mitwirkung des Arztes anlehnt, vorausgesetzt, dass dieser nicht selbst in Sachen der gegenständlichen Beweisführung ein Laie ist.

Wenn man entgegen hält, doch wenigstens der Bezirksarzt dürfe nicht umgangen werden, so hätte die Irrengesetz-Enquête bei ihrer grundsätzlichen Stellungnahme für den Ausschluss der Anstaltsärzte von der Expertise die thatsächlichen Verhältnisse berücksichtigen müssen, dass wir mit Ausnahme der Universitätsstädte Wien und Prag in ihrem Sinne entsprechende Experten mit vierjähriger psychiatrischer Vorbildung ausser den Anstaltsärzten wohl nirgends, auch nicht unter den Bezirksärzten haben.

Die Psychiater auch als Anstaltsärzte durften in schwächlicher Rücksichtnahme auf ungerechtfertigte Recriminationen umsoweniger aus ihrer bisherigen Stellung verdrängt werden, als sie berufen sind bei der verheissungsvollen Umbildung der Rechtswissenschaft, bei der Reform des Strafrechtes zu einer allgemeinen socialen Hygiene in besonderem Masse mitzuwirken, damit das „Juristen-Recht" von 2 Jahrtausenden, das die Juristen durch ihren gewaltigen Einfluss als Hüter des Rechtes in abgeschlossener Selbstherrlichkeit vielfach auch als Schöpfer des Rechtes ausnützten, durch die organischen, socialen und geistigen Entwicklungsfactoren des Volkes zu einem socialen Volksrechte sich umgestalte. Die Anstalts-Psychiater dürfen hierin, wie sie ihre Mithilfe anbieten, auch mit Recht die Führung durch ihre hochgeschätzten Lehrer beanspruchen, damit der gesammte Stand, gemäss dem schönen Worte Carlyle's: „Lasst Jeden alles sein, was er fähig ist zu sein", in wirkungsvoller Einheit zur Erringung dieser grossen Ziele seine Kräfte leihe.

ad 3) Herr Prof. Pick erklärt als Vorstand der psychiatrischen Klinik niemals als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren mitgewirkt zu haben. Ich nehme dies zur Kenntniss. Doch darum ist es mir in diesem Punkte nicht einzig zu thun. Herr Prof. Pick dürfte wissen, dass die Irrengesetz-Enquête der Anschauung Ausdruck gegeben hat, „dass die gerichtsärztlichen Untersuchungen, welche schon gegenwärtig in den Irrenanstalten stattfinden, nicht bloss der Entmündigung wegen, sondern auch wegen des persönlichen Rechtsschutzes der Geisteskranken stattfinden sollen, ob die Anhaltung des Kranken in der Irrenanstalt gerechtfertigt ist oder nicht."

Nun möchte ich aber wissen, ob der Rechtsschutz der persönlichen Freiheit für ein „aus Misstrauen und Bosheit" schöpfendes Publikum nicht auch bei der Internirung in eine Irrenklinik gefährdet erscheint, ob auch an Universitätsstädten — ich nehme die Städte Wien und Prag mit ihren eigenen Gerichts-Psychiatern aus — allenthalben die Voraussetzungen für den erwähnten Enquête-Beschluss gegeben sind; und ob, wo dies nicht der Fall, die Herren Professoren die geistigen und materiellen Interessen ihrer Kranken durch die auswärtige Expertise in allen Fällen hinlänglich gewahrt erachten. Für uns Anstaltsärzte in der Provinz erscheinen durch die Neuregelung nicht die dürftigsten Anforderungen erfüllt, so dass unsere Stellungnahme gegen den Ministerial-Erlass umso gerechtfertigter ist, als unsere Anschauung von weiten juristischen Kreisen getheilt wird und uns von hoher Stelle die Befürwortung einer diesbezüglichen Eingabe an das Justiz-Ministerium zur Erreichung einer entsprechenden Abänderung des Erlasses zugesichert wurde, indessen aber leider an anderweitige von unserem Standpunkte unerfüllbare Bedingungen geknüpft worden ist.

Nachdem so die „sachliche Richtigstellung" des Herrn Prof. Pick in das rechte Licht gestellt, kann ich nur bedauern, dass Herr Prof. Pick in seinem Schlusssatze in empfindsamer Weise eine Unterstellung hervorhebt, die durch meinen sachlichen Aufsatz nicht gerechtfertigt erscheint, weshalb ich mir eine weitere Entgegnung darauf versagen muss.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 41. | 10. Januar. | 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6405), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Einiges über die Weiterentwicklung der Anstalten der Stadt Berlin für Geisteskranke.

Von Prof. Dr. *Moeli*, Geh. Med.-Rath.

Einem Wunsche der Redaktion entsprechend, mache ich einige Mittheilungen über die weitere Fürsorge der Stadt Berlin für Geisteskranke.

Zunächst betreffen sie den Umfang der neuen Anstalten. Die in den 70er Jahren gefasste Absicht, eine Anstalt für 600 Geisteskranke für Berlin zu bauen, wurde schon vor der Inangriffnahme der Anstalt Dalldorf aufgegeben. Entsprechend dem raschen Wachsthum des Bedürfnisses wurde sofort für 1000 Kranke in 2 Abtheilungen gebaut, deren jede einem ärztlichen Leiter unterstellt wurde. Durch Zubauten u. s. w. kam es zur Belegung mit 1200 Kranken. Die in dieser Anstalt gemachten Erfahrungen führten dazu, die zweite Anstalt — Herzberge — für 1000 Kranke anzunehmen und dann auf 1150 (demnächst 1200) Plätze zu erweitern. Dabei wurde aber hier, was nachträglich auch in Dalldorf geschah, die ärztliche Leitung der Anstalt einer Person übertragen.

Schon die Grösse des Kranken-Bestandes, noch mehr aber die ungewöhnlich grosse, die Bestandzahl übersteigende Aufnahmeziffer, weisen darauf hin — wie bereits s. Z. in dem Programm für die Anstalt Herzberge ausgesprochen wurde — dass die persönliche Betheiligung an der Behandlung des einzelnen Kranken für den ärztlichen Leiter nicht durchführbar sei. (Im Jahre 1901 hatte die Anstalt Herzberge in Lichtenberg 1485 Aufnahmen). Die ärztliche Betheiligung des Directors sollte sich auf die wichtigsten Fälle beschränken und in mehr berathender Weise stattfinden. Das blieb mit der Aufgabe vereinbar, einen Ueberblick über die Gesammtheit der Kranken, nicht bezüglich der Einzelheiten des Leidens eines jeden,

aber bezüglich ihrer Artung im Ganzen, des Antheils der einzelnen Krankheitsformen, der Herkunft u. s. w. sich zu verschaffen und Kenntniss von besonders wichtigen, z. Th. gerichtlichen oder der Beurtheilung und Behandlung besondere Aufgaben stellenden Einzelfällen zu gewinnen. Die Forderung persönlicher Kenntniss der Kranken in diesem Umfange ist unabweislich, wenn die Einrichtungen und die Wirksamkeit der Anstalt von dem Leiter derselben stets ihrem Zwecke: wenn irgend möglich Rückführung der Kranken ins Aussenleben, entsprechend gehalten und weiter gebildet werden sollen. Auch ist es nur so möglich, die Befolgung gewisser Grundsätze bei der Behandlung einschliesslich des Einflusses der Umgebung, Lebensweise zu sichern, die richtige Vertheilung der Kranken zu überwachen, die Regelung ihrer rechtlichen und sonstigen Angelegenheiten nach einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen und durchzuführen.

Bei einer früheren Besprechung über den Umfang öffentlicher Anstalten für Geisteskranke in der Jahresversammlung der deutschen Psychiater (Halle 1899: Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 5. S. 653) trat Werner für eine Begrenzung auf 600 Kranke ein. Alt bestritt dabei die grössere Billigkeit ausgedehnterer Anstalten. Mehrere staatliche und Provinzialbehörden haben sich seitdem dafür erklärt, diese Zahl oder höchstens die von 800 Kranken bei einfachen Verhältnissen (keine Pensionärabtheilung) nicht überschritten zu sehen.

Andererseits ist in Nr. 9 dieses Jahrgangs ein Aufsatz von Starlinger-Wien erschienen, der die Frage der grossen Anstalten auf Grund der Wiener Erfahrungen behandelt. Man wird aus den weiteren Ausführungen sehen, dass seine sehr richtigen Vorschläge bezüglich der ärztlichen Organisation in der Entwicklung der Berliner Anstalten schon früher, grösstentheils unter dem Druck der Thatsachen, zur Geltung gelangt sind.

Es sind nun in letzter Zeit durch die Umfrage einer Provinz die Meinungen mehrerer Psychiater über die zulässige Grösse von öffentlichen Anstalten für Geisteskranke von neuem gesammelt worden.

Gegenüber den verschiedenen Ansichten über die vorliegende Frage kann ich nur wiederholen: Nach unserer Erfahrung ist die Antwort überhaupt nicht mit „Ja" oder „Nein" zu geben. Zur Erwägung kommt eine ganze Reihe von Einzelheiten:

A) Grösse des Aufnahmebezirks.

In einer sehr dicht bevölkerten, an Verkehrsmitteln sehr reichen Gegend kann die Anstalt grösser sein, ohne den erwünschten Zusammenhang der Kranken mit Heimath und Angehörigen aufzuheben. Nicht nur die Erleichterung der (auch der versuchsweisen) Entlassung und Beurlaubung, sondern auch die Wirksamkeit der Anstalt auf die Kranken, erfordert in den bei weitem meisten Fällen Erleichterung des Verkehrs mit ihrer bisherigen Umgebung, der Familie u. s. w. In dünn bevölkerten Gegenden würde daher durch Vertheilung der Anstalten auf mehrere Stellen einer übergrossen räumlichen Entfernung des Kranken von seinem Aufenthaltsorte und der Erschwerung des Verkehrs entgegengewirkt werden müssen, also mittelgrosse Anstalten den Vorzug verdienen. Dagegen kommt dieser Gesichtspunkt nicht in Frage wo, wie bei uns, die Anstalt selbst von dem entferntesten Punkte ihres Aufnahmebezirks in etwa $^3/_4$ Stunden und ohne wesentliche Kosten durch ein Strassenbahnnetz erreicht werden kann.

B) Verhältniss der Aufnahme zur Bestandszahl.

Es bedarf keiner Ausführung, wie sehr das Wachsen der Aufnahmezahl und der Wechsel der Kranken die persönliche Kenntniss des Einzelnen erschwert. Ganz von selbst ergiebt sich bei grösserem Wechsel des Bestandes (der z. B. hier über 100% der Plätze innerhalb eines Jahres beträgt) die Nothwendigkeit, die Einzelbehandlung der Kranken in die Hand erfahrener, älterer Vorsteher der einzelnen Abtheilungen und zwar unter reichlicher Beigabe ärztlicher Hilfskräfte zu legen. Mit derartiger Einrichtung ist aber dem Kranken auch in einer ganz grossen Anstalt das volle Maass ärztlicher Fürsorge gewährleistet. Natürlich gehört zu solcher Stellung auch die Abgabe ärztlicher Aeusserungen und Zeugnisse, die Anleitung des Pflegepersonals im Einzelnen, dessen Vertheilung in den einzelnen Häusern u. s. w. Die ärztliche Behandlung kann in grossen Anstalten bei richtiger Ausbildung des ärztlichen Dienstes und namentlich auch bei persönlicher genauer Fühlung der Betheiligten sogar gewisse Vorzüge, wenigstens gegenüber kleinen Anstalten darbieten. Es ist für die Mehrzahl der Kranken eine Behandlung in mehreren Instanzen sicherlich nicht oder wenigstens nicht auf die Dauer nöthig. Andererseits aber ist es in der grossen Anstalt möglich, für die wirklich wichtigen Fälle und für alle Fragen von allgemeinerer Bedeutung eine grössere Summe ärztlichen Wissens durch Zusammenwirken mehrerer Aerzte von reicher Erfahrung heranzuziehen. Grade eine Verschiedenheit der Auffassung, die sich auf ein begründetes selbstständiges Urtheil stützt, wird, in die richtigen Bahnen geleitet, immer anregend und Frucht bringend wirken.

C) Die Schwierigkeit der ärztlichen Leitung einer Anstalt liegt bekanntlich grösstentheils in der Ord-

nung der *Verwaltung*. Es muss mit vollster Entschiedenheit darauf gehalten werden, dass die Verwaltung ärztlich geleitet, aber nicht vom Arzte ausgeführt werden kann. Dies gilt ebenso für mittelgrosse wie für grosse Anstalten. In der Ueberlastung des ärztlichen Leiters mit Verwaltungsgeschäften und der Behinderung ärztlichen Wirkens muss man den allerwichtigsten Einwurf gegen die Vergrösserung der Anstalten über einen gewissen Umfang finden. Gelingt es nicht, die richtigen Einrichtungen zu treffen, um ein Uebermaass der Verwaltungsgeschäfte zu verhüten, so muss man in der That eine Beschränkung des Umfanges zur Erreichung einer einheitlichen ärztlichen Leitung für nöthig erachten.

Unter gewissen Umständen aber ist — bei gutem Willen und Einsicht der betheiligten Behörden — dieser Fehler vermeidbar. Dass man überhaupt dem ärztlichen Leiter einer Anstalt eine solche Menge von Verwaltungsgeschäften aufzubürden gewohnt ist, wie dies zahlreiche Beispiele zeigen, liegt nur zum Theil, berechtigterweise, im inneren Zusammenhang der Dinge, zum Theil dagegen an den äusseren Verhältnissen. Bei den abgelegenen kleineren Anstalten der früheren Zeit, wo ausser dem Director und dessen Vertreter überhaupt kaum ein höherer Beamter zur Verwendung kam, musste schliesslich alles, was im regelmässigen Betriebe der Anstalt vorkam, so erledigt werden. Nur ein Theil dieser Beschäftigung aber gebührt dem ärztlichen Leiter, nämlich das, was mit der Krankenbehandlung und mit den Aufgaben der Anstalts leitung wirklich im Zusammenhange steht: die Ordnung der Verhältnisse, welche nachweisbar auf die Kranken einwirken. Ein solcher organischer Zusammenhang besteht aber z. B. nicht zwischen der Ausführung des Kassen- und Bureauwesens in seinen Einzelheiten, zwischen vielen Kleinigkeiten des maschinellen Betriebes, auch den Einzelausführungen zur Anschaffung von Beköstigungs-, Bekleidungs- und Lagerungs-Gegenständen. Wäre es richtig, den leitenden Arzt einerseits durch Beigabe fachmännisch gebildeter Collegen in der Behandlung der Kranken, der Verwendung des Pflegepersonals u. s. w., also auf seinem eigensten Arbeitsgebiete, zu entlasten und ihn andererseits mit nichtärztlicher Schreibarbeit oder mit Heizern, Dienstpersonal, landwirthschaftlichen Arbeitern u. s. w. unmittelbar zu beschäftigen? Wenn in der kleineren Anstalt der leitende Arzt in eingehender Weise auch diese ihm ferner liegenden Dinge selbst behandeln muss, sogar Einzelheiten derselben beherrscht und ausführt und dabei doch an den Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft noch Antheil zu nehmen, seine Erfahrungen stetig zu erweitern und tüchtige, jüngere Aerzte heranzubilden vermag, so verdient dies die grösste Achtung. Aber durch die, wie ich ausgeführt habe, z. Th. aus Noth erfolgte Gründung grosser Anstalten von 1000 und mehr Plätzen mit starkem Wechsel wird eine solche Verwaltungsleistung unmöglich gemacht. Glücklicherweise liegt in dem Wachsen des Ganzen zugleich die Möglichkeit der Beseitigung der entstehenden Missstände. Wie aus den ein oder zwei Hilfsärzten, die vor einer Reihe von Jahrzehnten allein neben dem Director standen, sich jetzt überall ein ärztlicher Stab entwickelt hat, so muss nothwendigerweise mit der wachsenden Beleg- und Aufnahmezahl das Verwaltungspersonal ein anderes, zur sachgemässen Erledigung der gewöhnlichen Vorgänge seines Dienstzweigs befähigteres werden. Es muss das Bureau selbständig arbeiten, die innere Verwaltung, die Landwirthschaft muss in fachmännischer Hand liegen, ebenso bedarf der maschinelle Betrieb eines technisch gut ausgebildeten Vorstehers. Auch so bleiben immer noch für den Leiter neben der nöthigen Kenntniss der Kranken reichlich hygienische, bauliche Angelegenheiten, die Beköstigung, Beschäftigung u. A. im Allgemeinen zu bearbeiten, dabei müssen ihm im Einzelnen technisch richtige Angaben entgegengebracht und die eingehende Ueberwachung des Bureau, des maschinellen, wirthschaftlichen u. s. w. Betriebs muss durch Thätigkeit speciell Vorgebildeter gewährleistet werden. Die Mittel zur Anstellung derartig ausgebildeter Verwaltungskräfte gewährt ohne erhebliche Steigerung des durchschnittlichen Kostenaufwands nur eine grosse Anstalt oder ein Komplex von mehreren räumlich zusammen gelegenen Krankenanstalten (auf letzteren Punkt komme ich gleich zurück).

Da die allgemeinen Anordnungen über Beköstigung, Beschäftigung, den Pflegedienst und ähnliches in der Hand des Leiters bleiben müssen, ist die Art und Zusammensetzung des Krankenbestandes für den Umfang der Verwaltungsgeschäfte von grösster Bedeutung. Es giebt eine ganze Reihe von Angelegenheiten, wobei es für die Leitung einer Krankenanstalt keinen Unterschied macht, ob die Ausführung der Maassregeln 400 oder 1000 Kranke betrifft, wenn nur nicht eine Verschiedenheit durch Einrichtung von Klassen, Pensionären u. s. w. erhebliche Schwierigkeiten schafft. Dieser Umstand — Einfachheit der Verwaltung — ist daher von besonderer Bedeutung für die Frage: grosse oder mittlere Anstalten? Die Organisation also giebt den Ausschlag, nur sie vermag den ärztlichen Leiter für seine unerlässliche Thätigkeit: Kenntniss der Kranken im Ganzen und

der besonders wichtigen Fälle im Einzelnen — eine Aufgabe, die allerdings mit der Grösse der Anstalten ebenfalls so wächst, dass eine gewisse Grenze sich von selbst ergiebt — genügend frei zu machen.

Ob der ärztliche Director einer grossen Anstalt zugleich den Dienst auf einer bestimmten Abtheilung (Aufnahme-Ueberwachungshaus?) leiten kann, hängt ganz und gar von den ärztlichen Verhältnissen, insbesondere von der Aufnahmezahl und dem Bestandwechsel ab. Bei einem Jahreswechsel der Plätze von 100 v. H. und darüber, ist in grossen Anstalten der Umfang der ärztlichen Thätigkeit auf der Aufnahme-Abtheilung selbstverständlich viel zu gross, um so wahrgenommen zu werden. Aber auch bei ruhigerem Bestande ist die Bindung des Leiters an eine bestimmte Abtheilung bedenklich. Dass er den grösseren Theil seiner Zeit der Aufnahmeabtheilung widmet, ergiebt sich ganz von selbst — das ist hier wie anderswo der Fall. Aber keineswegs sind die Kranken, deren Kenntniss im Allgemeinen für ihn wichtig ist, nur in dieser Abtheilung in Behandlung. Auch an leichteren Formen Leidende (Landhauskranke) können Bedeutung haben und die Einsicht in den Gang der Dinge bei vorzugsweise Bettlägerigen (Pflegehaus) ist ganz unentbehrlich — namentlich auch wegen der andersartigen Anforderungen, die hier z. Th. an die Behandlung und Pflege gestellt werden. Auch die einheitliche Auffassung und Behandlung der Fälle leidet, wenn sie nicht — möglichst — in der Hand desselben Abtheilungsvorstandes (Oberarztes) wenigstens bis zur Reconvalescenz bleibt. Die Aerzte, die nach Lage der Sache die Verantwortung für die Einzelheiten der Behandlung weiterhin tragen, dürfen in der möglichst frühzeitigen und zusammenhängenden Beobachtung nicht beschränkt werden. Die Abtheilungsärzte sollen bei der psychiatrischen Behandlung auch mit ihrer Persönlichkeit auf die Kranken einwirken und es soll an keiner Stelle der Schein einer geringeren Selbständigkeit ihrer Leistung erweckt werden. Gespart an Aerzten und ärztlichen Stellen kann aber durch die Einrichtung grosser Anstalten nicht werden. Eine Kostenverminderung auf diesem Wege wäre sicherlich durch den Rückgang der Leistung im Ganzen viel zu theuer verkauft. Unter keinen Umständen, also auch nicht durch alleinige Uebertragung der ärztlichen Thätigkeit auf einer bevorzugten Abtheilung auf den Director, darf die Gelegenheit zur Anregung und zur Ausbildung der Erfahrung und des Urtheils durch fortlaufende Beobachtung der Fälle für die Aerzte beeinträchtigt und die stetige Selbstprüfung, ob die Auffassung richtig sei, abgeschwächt werden. Je nach der Zahl und Art der Aufnahme wird diese Gefahr näher gerückt, wenn man den Leiter grosser Anstalten vorzugsweise als behandelnden Arzt für eine Gruppe von Kranken, deren Umgrenzung schwer richtig zu ziehen sein wird, betrachtet, und nicht als eine in erster Linie die ärztlichen Bestrebungen zusammenfassende und regelnde Stelle.

D) Bezüglich der wichtigen Frage „Kosten" scheint mir der Vortheil doch auf Seite der grösseren Anstalten zu liegen, sowohl bezüglich der Bau- als der Betriebskosten. Für manche, allerdings nicht ausschlaggebende Dinge: Pförtner, Telephonwesen, Verkehrsmittel, auch für einzelne maschinelle Einrichtungen, z. B. Beleuchtung, Desinfection, für Büchereien, für Instrumente und Laboratoriumseinrichtungen u. A. wird dies kaum bestritten werden. Aber wie bemerkt, soll ein ganz bestimmtes Urtheil über wesentliche Verbilligung der Anlage nicht abgegeben werden.

Immerhin muss ich darauf hinweisen, dass wohl die Baubeamten sich ganz überwiegend für die Annahme grösserer Billigkeit der ausgedehnteren Anstalten entscheiden werden. Die Stadt Berlin wird nach reiflicher Ueberlegung voraussichtlich die neue (1500 Kranke haltende) Anstalt für Geisteskranke, wegen der vortheilhafteren Anlage mit einem auf denselben Umfang berechneten Siechenhause und einer Heimstätte örtlich so zusammenlegen, dass ein Theil der Anlagen, (Beheizung, Wasserversorgung, Wäscherei, natürlich auch Friedhof, vielleicht Desinfection) gemeinsam eingerichtet wird, während Küche u. A. getrennt bleiben. Es wird die Gesammtanlage erheblich über 3000 Kranke versorgen. Die Sachlage ist hier eine so ausnahmsweise, dass sie für die Bedürfnisse an anderen Orten natürlich nicht in Frage kommt. Ich erwähne aber diese Thatsache, weil ein gewisser Grossbetrieb — hier allerdings in ganz besonderem Maasse — doch als vortheilhafter anerkannt ist. Nach den bisherigen Erwägungen ist nicht im Mindesten zu befürchten, dass die Anstalt für Geisteskranke in irgend welcher Weise zu kurz kommen werde, da den ihrer Eigenart entsprechenden Forderungen vollständig Rechnung getragen wird.

Die vorstehenden Ausführungen über das Verhalten grosser (über 1000 Kranke fassender) Anstalten zu denen von viel geringerem Umfange können also keineswegs dazu führen, in einseitiger Weise allgemein grosse Anstalten zu empfehlen. Ausdrücklich sind die besonderen Bedingungen dargelegt, die uneingeschränkt erfüllt sein müssen, wenn nicht die Befriedigung aller Bedürfnisse für die Behandlung der Kranken und somit die Leistung des Ganzen gefährdet werden soll. Ist aber eine richtige Gestaltung der An-

stalt, eine genügende Zahl von Abtheilungsleitern und Hilfsärzten und namentlich eine zweckmässige Anordnung des Verwaltungsdienstes gesichert, so können den kleineren Anstalten an Leistungsfähigkeit ebenbürtige grosse geschaffen werden. Diese Erfahrung hat die Erbauung einer neuen Anstalt von 1500 Kranken für Berlin gerechtfertigt. Das Hinausgehen noch über die Belegziffer von Dalldorf und Herzberge wird durch den voraussichtlich geringeren Wechsel der Kranken in der etwas weiter entfernten Anstalt ausgeglichen werden. Damit ist die für die Verhältnisse Berlins noch zulässige Grösse einer Anstalt erreicht.

Ist nur unter der Voraussetzung einer richtigen Organisation bezügl. der ärztlichen und Verwaltungs-Beamten der Bau einer so grossen Anstalt zulässig, so ergeben sich einige weitere Fragen. Die wichtigsten betreffen die Grösse des Grundstücks und der einzelnen Häuser.

1. Die Grösse des Grundstücks ist weniger von einer mehr oder weniger zerstreuten Bauart oder von der Grösse der einzelnen Krankengebäude abhängig, als von der Art der Kranken. In bekannter Weise wirkt hierauf namentlich der Antheil der bettlägerigen oder wenigstens körperlich hinfälligen, der frisch erkrankten und der unruhigen Fälle. Diese Gattungen überwiegen verhältnissmässig beträchtlich bei rein grossstädtischem Aufnahmebezirk. Aber auch für die unentbehrliche Beschäftigung im Freien kommt es sehr auf die bisherigen Lebensgewohnheiten und die Umgebung der Kranken an. Die landwirthschaftliche Beschäftigung im weiteren Sinne gestaltet sich danach verschieden. Es ist begreiflich, dass bisher nur auf freiem Felde, im Wald, auf den weiten Flächen unserer norddeutschen Ebene beschäftigte Kranke ähnliche weiträumige Gefilde verlangen und sich auf kleineren Feldern, in Gärten, Parks, Baumschulen noch beengt fühlen würden. Will man ihnen ganz gerecht werden, so braucht man Felder und Wiesen von gewisser Ausdehnung, in das offene Land übergehend.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (II. Sitzung vom 26. October 1902, Nachm.) Fortsetzung.

Was die strafrechtliche Seite der Frage anbelangt, will ich mich auf einige kurze Bemerkungen beschränken. Die strafrechtlichen Verfügungen gegen sexuelle Perversitäten sind sehr lückenhaft. Unser Strafrecht kennt nur eine Art der Perversität, die Homosexualität, und auch diese nur zwischen Männern. Ausserdem wird nur noch Necrophilie und Zoophilie bestraft. Wir wissen, dass damit die Arten der sexuellen Perversität noch lange nicht erschöpft sind und dass die Homosexualität, wenn überhaupt strafbar, bei Weibern ebenso zu beurtheilen ist wie bei Männern. Was aber die Necrophilie und die Zoophilie anbelangt, so sind gerade diese Perversitäten thatsächlich Folgezustände von Geisteskrankheiten und zwar von terminalen Stadien derselben. Unser Strafgesetzbuch lässt daher eine ganze Reihe von Perversitäten ungeahndet und bezeichnet gerade die bei schweren Geisteskrankheiten Vorkommenden als strafbar.

Will nun aber die Gesellschaft die sexuellen Perversitäten mit Fug und Recht verfolgen, so darf sie das weder vom Standpunkte der Moral, noch von dem des guten Geschmackes aus thun, sondern nur dann, wenn diese Perversen sich Vergehen gegen die Interessen der Gesellschaft zu Schulden kommen lassen. Die sexuellen Perversitäten sündigen gegen die cardinalen Interessen der Gesellschaft darin, dass sie sich gegen die Propagation richten. Wollen wir nun diese Hauptsünde verfolgen und strafen, so ist es ganz klar, dass wir die Perversitäten des legitimen Geschlechtslebens ebenso strenge verfolgen müssen wie die des homosexuellen, und ebenso klar ist es, dass man unter den Perversitäten keine Ausnahme machen kann und darf.

Ich kann also meine Ausführungen in Folgendem zusammenfassen:

1. Die sexuellen Perversitäten als solche stellen weder für sich selbst eine Geisteskrankheit dar, noch können sie als pathognomonisches Symptom irgend einer ernsten Erkrankung des Centralnervensystems angesehen werden. Wir besitzen andere, viel wichtigere Symptome zum Nachweise einer solchen Geisteskrankheit.

2. Nachdem die Gesetzgebung weder bei uns, noch irgendwo im Stande ist, alle jene Perversitäten, welche gegen die Propagation, gegen dieses fundamentale Interesse der Gesellschaft sündigen, zu verfolgen und zu strafen und nachdem alle hierherbezüglichen Handlungen, insoferne sie die Gesundheit anderer gefährden, andere schädigen oder die öffentliche Sittlichkeit bedrohen, im Strafgesetzbuche an anderer Stelle schon Erwähnung fanden, ist jede besondere Bestimmung gegen die sexuellen Perversitäten überflüssig.

b) Correferent Isidor Baumgarten, königl. ung. Kronanwalts-Substitut.

Der Vortragende erklärt, dass er sich nur mit jenem Theile der Frage beschäftigen wird, welche sich auf den Uranismus, also die zwischen Männern geübte Unzucht bezieht, und dies auch nur von

dem einen Standpuncte aus, ob eine Abänderung der betreffenden Abschnitte des Strafgesetzbuches begründet ist oder nicht. Die europäischen Gesetzgebungen scheiden sich mit Bezug auf diesen Gegenstand in zwei Gruppen. Zu der einen Gruppe gehören die germanischen und slavischen, zur andern die romanischen und manche östlichen Länder. Die ersteren bestrafen die Homosexualität unbedingt, die letzteren nur dann, wenn zugleich öffentlicher Scandal erregt, Gewalt angewendet wird oder jugendliche Individuen verführt werden. Das ungarische Strafgesetzbuch schloss sich dem deutschen Codex an. In den letzten Jahrzehnten wurde die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt in intensiverem Maase als früher auf diesen Gegenstand hingelenkt. Ausgezeichnete und berühmte Psychiater erklärten die Homosexualität für einen pathologischen Trieb und halten eine strafrechtliche Verfolgung für unerlaubt. Bei einer so decidirten Stellungnahme der Wissenschaft musste der gegen die Homosexualität gerichtete Feldzug auch eine andere Richtung nehmen und die Criminalität konnte sich einer reiflichen Ueberlegung der Erfolge dieser Studien nicht entziehen. Diese Aufgabe ist um so schwieriger, als eine auf fester naturwissenschaftlicher Basis beruhende Theorie überhaupt nicht existirt, sondern bloss einander widersprechende kühne Hypothesen vorhanden sind.

Mögen sich jedoch die Psychiater in der Erklärung dieses räthselhaften Triebes noch so sehr widersprechen, darin stimmen alle überein, dass der homosexuelle Trieb nicht ausschliesslich als angeborener Trieb vorkommt, sondern durch Gewöhnung, Suggestion und Einfluss der Umgebung auch übertragen resp. erworben werden kann. Dieser Umstand allein beweist zur Genüge, dass staatliche Präventivmaassregeln nothwendig sind. Die Gefahr der Ansteckung bedingt die Nothwendigkeit der Prophylaxe. Anderseits geben selbst jene Gelehrte, welche die widernatürliche Unzucht auf eine pathologische Degeneration zurückführen, zu, dass bei Homosexualität keine Geisteskrankheit vorhanden zu sein braucht, welche den freien Willen, die Entschliessungsfähigkeit unbedingt ausschliesst.

Das weitgehendste Entgegenkommen gegen die Forderungen der Psychiatrie kann auch nur den Erfolg haben, dass wir zugeben, die freie Willensäusserung des Urnings wäre bezüglich der Art der Befriedigung seines Geschlechtstriebes aufgehoben, dass der Urning also nicht im Stande ist, seine Zwangsvorstellungen niederzukämpfen und mit Frauen geschlechtlich zu verkehren. Zur homosexuellen Befriedigung des Geschlechtstriebes ist er darum durchaus nicht gezwungen.

Wir fordern auch vom normalen Menschen, dass er seinen natürlichen Geschlechtstrieb beherrsche und sich der widerrechtlichen Befriedigung desselben enthalte. Also kann auch der dem Uebelthäter angeborene Hang nicht das Privilegium erhalten, zum Schaden anderer zur Geltung zu kommen. Es ist wohl wahr, dass der normale Mensch nicht absolut verhindert ist, seinen Geschlechtstrieb zu befriedigen, sondern nur gezwungen ist, ihn einzuschränken. Demgegenüber muss sich der Urning in die Rolle des Kranken zu finden wissen und muss solchen Genüssen, welche ihm infolge der Natur seiner Erkrankung verwehrt bleiben, entsagen.

Nun zählte der Vortragende die Gefahren auf, welche infolge der Uebertragung dieses Uebels das geistige, körperliche und ethische Wohl ganzer Generationen bedroht, und wies besonders darauf hin, welche Gefahren die Schaffung einer männlichen Prostitution in sich birgt und giebt schliesslich der Ueberzeugung Ausdruck, dass eine Abänderung der diesbezüglichen Bestimmungen des Strafgesetzbuches nicht angezeigt erscheint.

Discussion:

Fischer: Ich stimme meinerseits vollkommen mit der Ansicht des Vortragenden überein, dass die sexuellen Perversitäten überhaupt nicht als Geisteskrankheit für sich, ja nicht einmal als das Symptom einer Geisteskrankheit angesehen werden können, so lange andere Symptome einer Geisteskrankheit nicht nachgewiesen werden können. Doch muss ich gegenüber der von Salgó vertretenen Ansicht daran festhalten, dass die Neigung zum Uranismus in vielen Fällen angeboren ist. Das wissen wir nicht von den Sündern selbst, sondern aus dem Munde jener, die mit der Klage zum Arzte kommen, dass sie seit ihrer Kindheit von homosexuellen Gefühlen beherrscht werden.

Den Ausführungen des Herrn Vortragenden habe ich kaum etwas beizufügen, doch muss ich hier erwähnen, dass es auch Heterosexuelle giebt, welche unter gewissen Lebensverhältnissen zur vollständigen Abstinenz gezwungen werden; so z. B. die Geistlichen, unter denen es doch auch sicherlich vollständig Abstinente giebt. Warum sollten wir also nicht auch von den Homosexuellen vollständige Abstinenz fordern? Wenn es aber vorkommt, dass ein Urning in voller Uebereinstimmung mit einem anderen seinen Geschlechtstrieb befriedigt und dafür bestraft wird, so gilt für diesen Fall der alte Satz: Summum jus, summa injuria.

Szigeti: giebt der Ansicht Ausdruck, dass die angeborene Homosexualität unter allen Umständen den Beweis dafür liefert, dass der Geisteszustand des Betreffenden bezüglich der Geschlechtssphäre gestört ist. Nachdem jedoch die Psychiatrie eine isolirte Erkrankung einzelner geistiger Functionen nicht kennt, so müssen wir logischerweise anerkennen, dass angeborene Homosexualität auf eine allgemeine Geistesstörung hinweist. Der Geschlechtstrieb ist der mächtigste unserer Instincte und wenn derselbe bei jemandem infolge angeborener Disposition eine perverse Befriedigung erfordert, so handelt der so beanlagte Mann unter dem Einflusse eines unwiderstehlichen Zwanges, welcher ihm die Unrichtigkeit seines Handelns nicht einsehen lässt, welcher ihn verhindert, die Strafbarkeit seines Thuns begreifen zu können; darum ist er auch nicht strafbar. Von diesen Formen sind die nicht angeborenen, also auch nicht pathologischen Formen der Perversität strenge zu scheiden. Diese verdanken ihren Ursprung verschiedenen moralischen und materiellen Uebeln und gegen diese Formen der

Perversität ist die ganze Strenge des Gesetzes anzuwenden.

Die auf einer angeborenen contraer-sexuellen Grundlage beruhende Perversion unterscheidet sich von der aus moralischer Verkommenheit hervorgehenden Perversität hauptsächlich dadurch, dass:

1. die geschlechtliche Perversion keine Sünde, sondern eine psychische Anomalie, eine Geisteskrankheit ist, also ein abnormer, pathologischer Zustand;

2. dass der homosexuelle Mann zur Befriedigung seiner Geschlechtslust keine unerwachsenen (geschlechtlich unreifen) Kinder, sondern nur erwachsene gebraucht, während der die gewöhnliche Unzucht (Perversität) ausübende Mann Knaben oder männliche Hetären bevorzugt;

3. der contraer-sexuelle Mann nicht fähig dazu ist, die Päderastie im vulgären Sinne des Wortes (immissio penis in anum alterius) auszuüben, denn er empfindet Ekel davor, während sich die Perversität hauptsächlich in activer oder passiver Päderastie äussert.

(Fortsetzung folgt.)

— Solothurn. Nachdem schon im Jahre 1893, gestützt auf einen überzeugenden Vortrag des Herrn Dr. Greppin, Director der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg bei Solothurn, von der kantonalen gemeinnützigen Gesellschaft die Gründung eines solothurnischen Irrenhilfsvereins angeregt worden, ist derselbe nunmehr perfect geworden. Ein erweitertes Comitee von 30 Personen wurde vom engern Vorstand beauftragt, der Angelegenheit im ganzen Canton Eingang und Boden zu verschaffen, um den bei uns wohnenden Geisteskranken und ihren Angehörigen mit Rath und That beizustehen und für die Hebung der öffentlichen Irrenpflege zu wirken.

Preisausschreiben. Die Holtenzdorff-Stiftung setzte für die beste Bearbeitung des Themas: „Die strafrechtliche Behandlung der sog. vermindert Zurechnungsfähigen" einen Preis von 1200 M. aus. Die Arbeiten sind bis 1. Dez. 1903 an den Schriftführer der Stiftung, Rechtsanwalt Dr. Halle, Berlin, zu schicken. Das Preisgericht besteht aus den Herren: 1. Medicinalrath Dr. Leppmann, Berlin. 2. Prof. Dr. van Hamel, Amsterdam. 3. Dr. Jaspar, Brüssel.

Referate.

— V. Congrès international d'anthropologie criminelle. Amsterdam 9.—14. September 1901. (Schluss.)

Parnisetti (Alexandria, Italien) fand bei Verbrechern Anomalien des Circul. art. Willisii nach Ursprung, Entwicklung und Verlauf in 65,51%. Diese können eine schlechtere Ernährung und Entwicklung des Gehirns zur Folge haben. Bei den Verbrechern wurde das Gehirngewicht in 73,56% zu leicht befunden. In 51,72% davon entsprach das geringere Gehirngewicht jenen Anomalien des Circulus, wobei sich sonst noch allerlei pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute zeigten. Ein zu kleines Herzgewicht hatten 75,86% der Verbrecher, und von diesen wiesen wieder 49,42% jene Anomalien des Circulus, des Gehirns und seiner Häute auf.

Moll: Der Arzt als Sachverständiger in Sachen der Sittlichkeitsverbrechen.

Denis (Brüssel) giebt einen historischen Ueberblick über die Anschauungen des Socialismus des XVIII. und XIX. Jahrhunderts, mit Bezug auf die Entstehung des Verbrechens. Der Socialismus legt das Hauptgewicht auf die politische und sociale Structur der Gesellschaft.

Sutherland (Melbourne). Bis 1850 deportirte England seine Verbrecher nach Australien. Die freie dort eingewanderte Bevölkerung machte nur einen kleinen Theil aus. Trotzdem weist jetzt Australien keine grössere Verbrecherstatistik auf als die civilisirtesten Staaten. Ja die Provinz Tasmania, die die meisten Verbrecher aufnahm, steht am günstigsten von allen übrigen Provinzen. Wie kommt das? Von den zwei Verbrecherkategorien hat sich der Gelegenheitsverbrecher den neuen Verhältnissen angepasst, seine überschüssige Energie ist in die richtigen Bahnen gelenkt worden, er ist ein guter Bürger geworden. Ebenso seine Kinder. Die Blutmischung mit der normalen Bevölkerung hat das übrige gethan. Hingegen sind die geborenen Verbrecher langsam aber sicher ausgeschaltet worden. Sie sind von Laster und Krankheit hingerafft worden, theils haben sie sich gegenseitig selbst aufgerieben, theils sind sie hingerichtet worden. Auch hinterlassen sie selten Kinder, weil die Weiber, mit denen sie verkehren, darnach sind. Als niederer Typus müssen sie aussterben, wie die Wilden.

Frl. Poppee (Wien) hebt die Bedeutung der Graphologie für die gerichtliche Praxis hervor und fordert eine bessere Ausbildung und Förderung der Graphologen.

Lombroso und Audenino machten Blutdruckmessungen bei Normalen, Epileptischen, Prostituirten und geborenen Verbrechern. Resultate unbestimmt.

Carrara und Murgia stellten bei etwa 50 jugendlichen Verbrechern von Cagliari Untersuchungen an. Diese Stadt hat bei ihren traurigen socialen Zuständen eine zahlreiche verwahrloste Strassenjugend. Die Hauptvergehen bestanden in Diebstahl und sexuellen Verirrungen. Nur etwa 10% zeigten den Verbrechertypus, und nur 5% hatten Eltern, die schon im Gefängniss oder in der Irrenanstalt waren. Die meisten der jugendlichen Sünder werden später ehrliche Menschen.

Mme. Gina Lombroso: Die Hautreflexe werden auch bei den Normalen mit dem Alter viel schwächer, besonders bei den Frauen. Am meisten gilt das für die Bauchreflexe, weniger für die Plantarreflexe. Diese Verminderungen sind bei den Verbrechern ausgeprägter. Bei den Kindern treten zuerst die Plantarreflexe auf.

Garnier (Paris): Die Zahl der jugendlichen Verbrecher wächst rascher als die der erwachsenen. Beim Mord sind die jugendlichen Verbrecher 6 mal

mehr betheiligt als die erwachsenen, wenn man in der gleichen Periode die Lebensalter von 16—20 und 31—35 Jahren einander gegenüber stellt. Die Hauptursache dieser Erscheinung ist der Alkoholismus. Der jugendliche Verbrecher ist gewöhnlich der Sohn eines Alkoholikers, ein Instinkt-Mensch mit mangelhafter intellectueller und moralischer Entwicklung. Die Gegenmaassregeln bestehen in der Erziehung, Bekämpfung des Alkoholismus und Unterbringung der Unverbesserlichen in besonderen Verbrecheranstalten.

Bérillon hat mit dem Hypnotismus Heilungen erzielt bei Degenerirten, bei denen es sich um Kleptomanie, Onanie, moralische Perversitäten (Charakterfehler, Trägheit) und Onychophagie handelte.

Lombroso: Die neuesten Ergebnisse der Kriminalanthropologie seit 1897.

Falco berichtet über die Reformen, die auf Grund der Kriminalanthropologie auf Cuba eingeführt werden.

Zuccarelli (Neapel) empfiehlt die Kastration der Geisteskranken, Degenerirten, Alkoholiker, Syphilitiker, Verbrecher etc. Eine Kommission entscheidet darüber, wer sich dieser Procedur zu unterziehen hat. Bei den Frauen durchtrennt man die Tube und vernäht den uterinen Theil, bei den Männern macht man entweder die eigentliche Kastration, oder durchtrennt das Vas deferens. Diese Methode zieht Vf. wohlweislich dem Heirathsverbot vor.

Legrain hat in Ville Evrard seit 4 Jahren etwa 1600 rückfällige Trinker gezählt, d. h. 20—25% der Kranken. Er bespricht die socialen und familiären Ursachen dieses Recidivismus und ihre Abhülfe.

Sutherland (Melbourne): Jeder ist das Product von Erblichkeit und Milieu, handelt so, weil er so handeln muss. Die Gesellschaft hat aber den Begriff der Verantwortlichkeit eingeführt. Dieser ist eine Fiction, aber für sie nützlich. Wer sich vergeht, ruft eine entsprechende Reaction hervor. Die Furcht vor dieser wirkt als Gegenmotiv. Die Strafe als Rache hat keinen Sinn.

Tschisch (Dorpat): Um den Einfluss von Rasse und Nationalität auf die Kriminalität zu untersuchen, eignet sich am besten Livland. Die socialen, öconomischen, politischen und kulturellen Bedingungen sind dort die gleichen, während die Bevölkerung theils aus Esten, Nachkommen der Finnen, theils aus Letten, Nachkommen der Arier, besteht. Die Esten sind Landbevölkerung. Es zeigt sich nun, dass Kindsmord und Mord bei den Esten doppelt so häufig vorkommt als bei den Letten (1891—95). Mord meist aus Hass und Rache. Dasselbe gilt für die Körperverletzungen und die Vergehen gegen das Eigenthum. Den Grund hierfür sieht Vf. in dem biologischen Faktor.

Derselbe: Die psycho-physische Schwäche der Verbrecher äussert sich psychisch in der vorwiegenden Thätigkeit der niedern Nervencentren, also in der Vorherrschaft des Instinkts vor der Intelligenz, in der Arbeitsscheu, in der Unfähigkeit, die Folgen einer Handlungsweise abzuwägen, im Mangel von jeglichem Altruismus, jeglicher Reue. Physisch in der Schwäche und Langsamkeit des Pulses, in der angeborenen Verengerung der Aorta, in der Arteriosklerose, in Schädelmissbildung und Abstumpfung der Hautsensibilität. Alkoholismus, Geistes- und Nervenkrankheiten finden sich fast immer in Verbrecherfamilien. All das stempelt den Verbrecher zu einer pathologischen Natur.

Voisin: Statistisches aus der École de réforme der Salpêtrière. Eröffnet 1891 für Mädchen.

Antonini (Voghera): Nicht jeder Geisteskranke, der ein Verbrechen begangen hat, soll in die Anstalt für geisteskranke Verbrecher gebracht werden. Nicht das Verbrechen an sich entscheidet, sondern die Biologie des Verbrechers.

Derselbe: Statistisches über die Vertheilung von Verbrechen, Degeneration und Geisteskrankheiten (Epilepsie, Alkoholismus, Pellagra) in der Provinz Bergamo. Diese Provinz hat 3 Zonen, eine bergige, hügelige und ebene, was sich auch in jener Statistik geltend macht.

Struelens: In Belgien werden jugendliche Personen unter 16 Jahren, die sich ein Vergehen zu schulden kommen liessen, nicht bestraft, sondern vermahnt. Auch sonstige Maassnahmen werden ergriffen, um Vergehen zu verhüten. Gesetze, die Kinder gegen den Missbrauch der elterlichen Gewalt zu schützen, sind in Vorbereitung. Vf. weist vor allem auf die segensreiche Thätigkeit der Kinderschutzvereine hin.

Marco Treves (Turin): Es giebt geborene Verbrecher und Epileptiker ohne äussere und innere Degenerationszeichen. Diese weisen aber alsdann solche functioneller Natur auf, z. B. Anästhesie, Gefrässigkeit, Empfindungsanomalien des Temperatursinnes und dergl. Sie finden sich vielfach bei Epileptikern, die keine Krämpfe und anatomischen Degenerationszeichen haben.

Derselbe: Bei Kälteanwendung erfolgt reflectorisch eine tiefe Inspiration. Dieser Inspirations-Reflex fehlt manchen geborenen Verbrechern und Epileptikern.

Derselbe unterscheidet folg. Nagelformen: Dolicho-, Brachy-, Macro-, Micro- und Plagio-Onychie. Bei den geborenen Verbrechern und den Geisteskranken kommen morphologische Anomalien der Nägel häufig vor. Sie sind entweder eine Abweichung vom ethnischen Nageltypus, oder beruhen auf krankhaften Prozessen. Ganter.

Berichtigung. In Nr. 37 der psychiatr.-neurolog. Wochenschrift S. 415 links, Spalte 23 von oben muss es statt „concentrisch angelegt" heissen: „excentrisch".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 42. 17. Januar. 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6195), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Einiges über die Weiterentwicklung der Anstalten der Stadt Berlin für Geisteskranke.

Von Prof. Dr. *Moeli*, Geh. Med.-Rath

(Schluss.)

Ganz so liegt aber die Sache nicht bei einer Bevölkerung, die aus den Strassen einer Grossstadt andere räumliche Gewohnheiten mitbringt. Natürlich muss auch für sie die Anstalt frei liegen, aber das Eigengebiet der Anstalt muss nur so gross sein, dass es eine vollkommene Fernhaltung von störenden Einflüssen seitens der Anlieger gewährt und Raum für ausgiebige Bewegung in abwechselnder landschaftlicher Umgebung bietet. Ein grosser Park mit eingelagerten, nutzbar zu machenden Wiesen, mit Teichen, womöglich Wasserläufen mit eventuell nach einer Seite hin zu verlegenden Feldern, deren räumlicher Eindruck bekanntlich durch die Landschaftsgärtnerei sehr gehoben werden kann, muss verlangt werden. Das uns zu Gebote stehende Areal z. B. von 90 ha hat sich allmählich in diesem Sinne so abwechslungsreich gestalten lassen, dass es nicht nur Bewegungsgelegenheit genügend bietet, sondern auch die wohlthuenden Eindrücke der Natur vielfach zu verbinden und wechselnd zu gestalten erlaubt. Für die aus der Grossstadt kommenden Kranken der unbemittelten Klassen bietet es zum Ergehen in anmuthender Umgebung wie zur Beschäftigung im Freien, was man braucht. Noch freiere Bewegung kann dann durch „Ausgänge" stattfinden. Eine grössere Ausdehnung des Grundbesitzes schadet gewiss nichts. Wenn man sich aber fragt, was braucht man unbedingt für diese grossstädtischen Kranken, so wird man nicht etwa der Ausdehnung des Gebiets gegenüber der örtlichen Entfernung von der Stadt, der Zugänglichkeit u. A. eine allzugrosse Bedeutung beimessen. Ich würde auch keinen Anstand nehmen, inmitten

einer vor Bebauung gesicherten und den Kranken zugänglichen Umgebung — wenn es sein müsste — das eigentliche Anstaltsgebiet noch etwas enger zu begrenzen, wenn dafür bessere Lage und Verkehrsverbindungen gewonnen würden.

Weniger Uebereinstimmung als in den Anschauungen über die Ausdehnung der nöthigen Bodenfläche wird wohl über die Grösse der einzelnen Häuser herrschen. Es besteht zweifellos jetzt eine Vorliebe, kleinere und für einzelne Kranken-Gattungen nur einstöckige Gebäude herzustellen. Die Vortheile solcher Bauart sind ja augenfällig. Schon das Bestreben, einen freien und ländlichen Eindruck in der Anordnung des Ganzen hervorzurufen, führt darauf. Dieser Character kann durch die Errichtung grösserer Gebäude leicht eine Einbusse erleiden, namentlich wenn zu der Grösse der Gebäude noch eine zu regelmässige Anordnung derselben kommt. Immer werden kleine oder mittelgrosse Häuser in passender Zerstreuung im Allgemeinen einen günstigeren Eindruck machen und das ungewöhnliche, um nicht gar zu sagen bedrückende einer grossen Gesammtanlage für die Kranken am ehesten vermeiden lassen. (Auch hierbei werden sich übrigens die aus gedrängten Wohnungsverhältnissen und „Miethskasernen" kommenden Kranken weniger empfindlich zeigen.)

Diesen unzweifelhaften Vorzügen kleinerer Gebäude stehen nun gewisse Nachtheile gegenüber. Die Ausdehnung der Anlage wird natürlich grösser. Damit steigern sich die Kosten, namentlich für Wasserversorgung und Entwässerung, für den die Heizröhren bergenden unterirdischen Kanal, für die Wegeanlagen u. A. Auch kann man in der Zahl mancher Räume (Theeküchen, Kleiderablagen, Aufenthaltszimmer des Pflegepersonals, ärztliche und Geräthe-Räume), die in jedem Hause vorhanden sein müssen, bei Anlage grösserer Gebäude eine gewisse Ersparniss erwarten. Will man den grossen Entfernungen, die durch Vertheilung in sehr viele kleine Gebäude entstehen, entgegenwirken, so läuft man Gefahr, die Häuser zu dicht aneinander zu rücken, die Gärten zu verkleinern, gegenseitige Störungen durch Geräusche und Gesichtseindrücke zu begünstigen.

Der Dienst wird auf kleineren Häusern erschwert durch die geringere Gesammtzahl des Personals und die Schwierigkeit der Ausgleichung und des Wechsels im Dienste, durch die Nothwendigkeit, das Essen nach sehr vielen Stellen zu fahren; dazu kommt die Zersplitterung der Aufsicht durch erfahrenes Ober-Pflegepersonal und die Belastung des ärztlichen Dienstes. Daher hat man sich zu prüfen, für welche Kranke ist von der Kleinheit des Hauses bestimmt so viel mehr Nutzen zu erwarten, dass man diese Bedenken zurückstellen muss. Dabei wird stets vorausgesetzt, dass es auch bei grösseren Gebäuden der Vertheilung und Gruppirung — namentlich dem Zwischenschieben von kleineren Bauten (Werkstätten, Badeanstalten und ähnliches) und von reichlichen Zieranlagen und der Trennung durch hier eher als bei vielen kleinen Häusern zu Gebote stehende grössere Zwischenräume — gelingt, eine eintönige oder gar drückende Wirkung zu vermeiden.

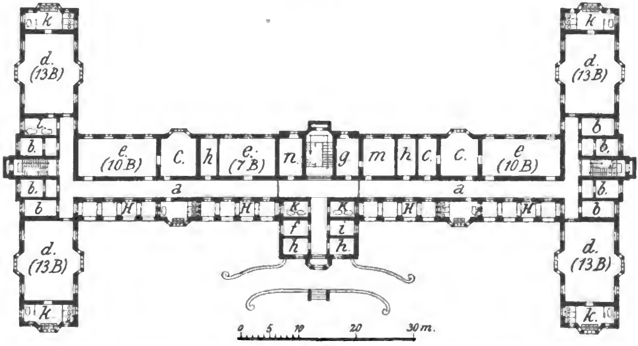
Ist dies der Fall, so wird man für den Theil der Kranken, welcher durch die Grösse des Hauses in seinem Befinden voraussichtlich nicht beeinflusst wird, ausgedehntere Gebäude ohne Schaden verwenden können. Hieher gehören zunächst Kranke, die dauernd oder fast dauernd bettlägerig sind. Wir brauchen für sie hygienisch besonders sorgfältig ausgearbeitete Räume, zum grossen Theil ebenerdig, — alle mit doppelseitiger Belichtung und Lüftung, bequem gelegene Closets und Baderäume u. s. w. Gegen die Zusammenfassung mehrerer solcher Abtheilungen von etwa je 35—40 Plätzen in einem Gebäude bestehen aber weder hygienische noch speciell psychiatrische Bedenken. Ist nur recht ausgiebiger Raum gewährt, so kann man sehr wohl einen grösseren Bau etwa in der Art herstellen, wie das im Buch für die sogenannten Pflegehäuser — die bei weitem grössten, mit etwa 150 Plätzen — geschehen ist. Ein fast nur auf einer Seite des Korridors ausgebautes Mittelstück enthält den kleineren Theil der Krankenzimmer, nämlich die für nicht vorwiegend Bettlägerige, mit einigen Tagesräumen, und alle übrigen Gelasse. An den Enden treten je zwei grosse Anbauten mit doppelt belichteten Sälen und den zugehörigen Nebenräumen für die vorwiegend bettlägerigen Kranken vor. Das Obergeschoss ist ebenso gebildet und bestimmt für in der Bewegung weniger Beschränkte. Es sind also gewissermassen vier Doppelbaracken für die Masse der aus verschiedenen Gründen mehr oder weniger Bettlägerigen vorhanden. Sie sind verbunden worden durch ein Mittelstück von solcher Länge und Anordnung, dass Licht- und Luftzutritt und Luftwechsel überall gesichert ist. Das Dachgeschoss ist nur z. Th. ausgebaut und ausschliesslich für das Pflegepersonal bestimmt, es enthält dessen Schlafräume und Aufenthaltszimmer, die Wohnung des Oberpflegers, die nöthigen Kleiderkammern u. s. w. An der freien Seite des Mittelbaues befinden sich Veranden. Die nähere Raumvertheilung ergiebt sich aus dem Grundriss Nr. 1. Es ist nicht zu erwarten, dass vorwiegend Bettlägerige

bei diesen gegenseitige Störungen ausschliessenden Anordnungen von der Grösse des Baues Nachtheile hätten. —

Es sei hier gleich — als Einschaltung — die Unterbringung des Pflegepersonals erwähnt. In der Lichtenberger Anstalt schläft das Pflegepersonal nicht in von Kranken benutzten Räumen, sondern soweit möglich (und abgesehen von den zweistöckigen Landhäusern) in den nur theilweise ausgebauten Dachgeschossen. Nur ein Bruchtheil der Pfleger muss aus dienstlichen Gründen in kleinen, aber ganz abgeschlossenen Zimmern, die auf den beiden unteren für die Kranken bestimmten Stockwerken — aber möglichst getrennt von den Krankenräumen — liegen, schlafen. Nur so erhalten Pfleger und Kranke ihr Recht: die Vermeidung gegenseitiger Störung. Bei der neuen Anstalt soll dies noch vollständiger durchgeführt werden, es hat nur der für Nothfälle gar nicht entbehrliche Theil des Pflegepersonals Schlafraum im Erd- und Obergeschoss erhalten.

Die Errichtung selbständiger Wohnhäuser für das Pflegepersonal halte ich für unsere Verhältnisse vorläufig noch nicht für unbedingt nöthig. Es hat sich gezeigt, dass durch eine möglichst gründliche Trennung, also durch Verlegung in ein besonderes Stockwerk, es gelingt, den Pfleger in seiner freien Zeit, namentlich Abends, gewissermaassen aus der Atmosphäre des aufreibenden Krankendienstes herauszubringen. Dies meines Erachtens unabweisliche Bedürfniss wird ja zweifellos durch Wohnen in gesondertem Hause noch gründlicher befriedigt. Besucht man ein nurses home, wie z. B. das der Anstalt Gartloch bei Glasgow, so kann über die Vorzüge solcher Einrichtung an sich kein Zweifel bestehen bleiben. Für das Pflegepersonal kann nicht leicht genug geschehen, denn es kann bekanntlich mehr verderben, als die schönste bauliche Anordnung nützen kann. Wenn nun trotzdem auf besondere Wohnhäuser für die Pfleger zunächst verzichtet ist, so geschah dies aus mehreren Erwägungen. Dass, um

Grundriss Nr. 1.



Haus für 150 schwache Kranke der Anstalt für Geisteskranke der Stadt Berlin in Buch.

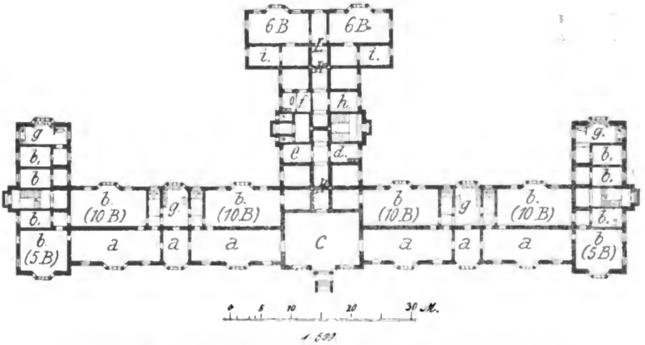
Erdgeschoss.

a Corridore, auch als Tagesräume zu benützen und auf offene Hallen (H) mündend. *b* Einfenstrige Zimmer für einzelne Kranke (Schlafzimmer). *b*, event. für wegen Infectionsgefahr (mässigen Grades) Abzusondernde, für Erregtere oder für dem Anblicke der übrigen zu Entziehende (Moribunde u. A.). *c* Tage- und Speise-Räume für die nicht dauernd bettlägerigen Kranken. *d* Säle für dauernd oder ganz vorwiegend bettlägerige Kranke. *e* Schlafräume für nicht dauernd bettlägerige Kranke. *f* Küchen- und Anrichteraum. *g* Sprechzimmer und Vorzimmer. *h* Zimmer für einzelne Pfleger, welche auf diesem Stockwerk schlafen müssen, während die grosse Mehrzahl der Pfleger im Dachgeschoss untergebracht ist. Dort befindet sich auch der Aufenthaltsraum für Pfleger. *i* Wäsche- und Gerätheraum. *k* Wasch- und Baderaum. *l* Raum für verlängerte Bäder. *m* Aerztliches Untersuchungszimmer. *n* Chirurgisches Zimmer, mit besonders grosser Fensterfläche, Fliessenbelag, Entwässerung u. s. w. ausgestattet. (Im Obergeschoss können *g*, *m* und *n* als Räume für Beschäftigung u. s. w. verwandt werden.) *H* Veranden (Hallen).

einen gar zu grossen Bau und seine Nachtheile — gerade für diese Personen — zu vermeiden, die Herstellung mehrerer Häuser nothwendig gewesen sein würde, war kein durchschlagender Grund. Wesentlicher aber wirkt der Umstand, dass das Pflegepersonal bei einem etwas weiter entfernten besonderen Wohngebäude — und eine gewisse Entfernung wird sich bei einer sehr grossen Anstalt schwer vermeiden lassen — manche Unbequemlichkeit mit in den Kauf nehmen müsste. Ich will kein besonderes Gewicht darauf legen, dass ein Zusammenwohnen von einigen 20 Personen, wie jetzt, und die Anordnung entsprechender man nicht eine Zusammenkunft in grösserer Zahl durch Vorträge oder sonstige Veranstaltungen schmackhaft machen, so zieht die Mehrzahl kleinere Kreise des Verkehrs vor.

Schliesslich aber kommt die Störung, welche für die kurzen Dienstpausen im Laufe des Tagesdienstes durch das Wohnen ausserhalb der Krankenhäuser, selbst in mässiger Entfernung, entsteht, erheblich in Betracht. Es soll bei uns einem jeden Pfleger in der Regel die Möglichkeit gegeben werden, unter wechselnder Ablösung im Dienste, um die Mittagszeit für etwa $^3/_4$ Stunden aus den Krankenräumen heraus-

Grundriss Nr. 2.



Offenes Haus für 100 geordnete Kranke der Anstalt für Geisteskranke der Stadt Berlin in Buch.

Erdgeschoss.

a Tageräume. *b* Schlafräume. b_1 Einfenstrige Zimmer für einzelne Kranke oder Pfleger, die Räume für die Mehrzahl der letzteren liegen im Dachgeschoss. *c* Für zwei Abtheilungen (also für 50 Kranke) gemeinsamer Speisesaal. *d* Kleiderablage und Waschraum für ausser dem Hause Beschäftigte. *e* Küchen- und Anrichteraum. *f* Fahrbare Wanne und Geräthеraum (*h* und *f* im Obergeschoss für Ausbesserungen u. s. w.). *g* Waschräume, Brausebäder u. s. w. *h* Arztzimmer (im Obergeschoss für häusliche Beschäftigungen). *i* Raum für 1 Bett oder einen Pfleger oder fahrbare Wanne (auf verlängerte Bäder wird hier nicht gerechnet). *k* Vorhalle. *L* Lazareth für leicht körperlich Kranke, oder zeitweise der Ruhe Bedürftige (nur im Erdgeschoss vorhanden).

Erholungsräume, vielleicht gemüthlicher sich ausbilden lässt, als wenn eine drei- bis vierfach so grosse Zahl unter einem Dache versorgt werden soll. Immerhin haben wir erfahren, dass sich für die Zeit nach dem Dienste vorzugsweise kleinere Gruppen im Pflegepersonale bilden und dass gemeinsame Erholungen und Geselligkeitsgelegenheiten für eine grössere Menge bei dem Pflegepersonal im Allgemeinen nicht besonders beliebt sind. Ein Kreis wie der oben angegebene genügt zumeist für den regelmässigen Verkehr. Kann zukommen. Für die anstrengendere Thätigkeit — in Lazarethen u. s. w. ist dies durch regelmässige Ablösung in bestimmtem Wechsel für eine längere Pause gesichert. (Nur auf den Landhäusern, wo eine Aufsicht über die Kranken nicht verlangt wird, ruht der Dienst nach Tisch gewissermassen von selbst einige Zeit.) Es ist leicht ersichtlich, dass sich diese Dienstpause nur bei nicht zu weiter Entfernung des Wohnraumes des Pflegers von der Dienststelle befriedigend durchführen lässt. So ist es gekommen, dass wir das

Wohnen in den Krankenhäusern, aber möglichst getrennt von den Kranken, in anderen Stockwerken, wenn auch unter demselben Dache, vorläufig noch beibehalten haben.

Eine vollkommene Ausnahme hiervon muss man aber bei dem Theile des Personals machen, welcher den Nachtwachdienst in Vollwachen unter monatlichem Wechsel versieht und daher den grössten Theil des Tages zur Ruhe verwenden muss. Für diese Personen ist ein Wohnen ausserhalb des Gebäudes, wo sie Dienst thun, nicht nur erwünscht, sondern auch für den ganzen Dienst in den Krankenhäusern förderlich. Sie finden hier am Tage nur schwer vollkommene Ruhe und waren bei den für sie nothwendigen Ausgängen und Spaziergängen und wegen des Ruhebedürfnisses, trotzdem ihre Schlafzimmer im 2. Stock möglichst abgesondert gewählt waren, den Uebrigen nur im Wege. Deshalb haben wir jetzt diese Pfleger und Pflegerinnen sämmtlich für die einen Monat betragende Nachtdienstperiode auf in den Parkanlagen befindliche Landhäuser und zwar unter möglichster Berücksichtigung ruhiger Unterkunft daselbst verlegt. Sie betreten die Hauptanstalt nur zum Antritt ihres Dienstes. Natürlich kann man eine solche Einrichtung auch in einem eigenen Gebäude bewirken; dass dies hier nicht geschehen ist, liegt nur daran, dass uns bisher geeignete Räume zu Gebote standen und dass die Zahl des Nachtwachpersonals für Vollwachen — im Ganzen 18 Männer und 12 Frauen — sich noch ohne Bedenken im Oberstock je eines Landhauses unterbringen liess. — Die Herstellung eines eigenen Wohnhauses wird dann nothwendig werden, wenn man die Durchführbarkeit weiblicher Krankenpflege auch auf einzelnen Männer-Abtheilungen bestimmt bejahen kann. —

Nach dieser Abschweifung über das Wohnen des Pflegepersonals wende ich mich zurück zu den Bemerkungen über die Grösse der Kranken-Häuser. Als eine Probe des in der Ausdehnung dem grossen Pflegehause am nächsten kommenden Gebäudes ist der Grundriss Nr. 2 „offenes Haus" beigefügt. In diesem Hause, welches ohne besondere Sicherung ist, sollen 100 Kranke von geordnetem Verhalten untergebracht werden. Es sind dabei Korridore vermieden. Man fürchtet nun — abgesehen von dem äusseren Eindruck — von einer übermässigen Grösse eines Hauses, dass sich die Kranken gegenseitig störend beeinflussen. Dies zu vermeiden ist natürlich um so leichter, je ruhiger und in ihrem Wesen übereinstimmend die Kranken sind. Gerade die grossen Anstalten können wegen der erheblichen Zahl der Insassen auch in etwas grösseren Gebäuden die Belegschaft eher gleichartig gestalten. Dann aber kommt es bei der Frage der gegenseitigen Störung durchaus nicht etwa nur auf die Grösse eines Hauses, sondern in erster Linie auf die Grösse der einzelnen Abtheilung an. Stehen genügende und mehrfache Tagesräume für jede Abtheilung zu Gebote, so hat auch hier das Zusammenfassen mehrerer Gruppen unter einem Dache keine schädlichen Folgen. Aus der Figur 2 ist nun ersichtlich, dass eine Gruppirung zu je 25 Kranken in dem Hause durchgeführt ist, also in einer Zahl, welche zweifellos eine durch zu grosse Massen herbeigeführte Unbehaglichkeit oder gar Unruhe bei so geordneten Kranken ausschliesst. Andererseits gestatten die vier Abtheilungen, nicht zusammengestimmte Elemente zu vertheilen. Es ist sonach die Zahl in einer Abtheilung eher geringer als die derjenigen Kranken, welche in einem kleineren Hause für Ruhige, aber ohne Unterabtheilungen mit einander in Berührung treten würden. Nur der Speisesaal ist für je 2 Abtheilungen, also für 50 Kranke, eingerichtet, wie sich dies uns durchaus bewährt hat.

Wie in diesem sogenannten „offenen Hause" soll auch im Aufnahme-Hause keine Abtheilung über 25 Kranke enthalten und dabei in allen Räumen getrennt sein.

Die Landhäuser als kleinste bauliche Einheiten bieten etwa je 40 Plätze. Hier, bei nicht mehr besonders zu beaufsichtigenden Kranken stellt jedes eine Abtheilung dar. Es konnten auf diesen Häusern wieder eine grössere Anzahl von Kranken in unmittelbare Berührung, ohne Gliederung in Abtheilungen, gebracht werden als dort, wo, wie im sog. offenen Hause der Hauptanstalt, die Auslese in dieser Richtung noch eine sorgfältigere sein muss.

Dass für diese Kranken über eine gewisse Grösse des Gebäudes (hier 40 Plätze) nicht hinausgegangen werden kann, ergiebt sich aus ihrer Eigenart. Einmal sind es genesende oder in Folge ihrer Besserung der Entlassung entgegensehende Kranke. Für sie soll nach bekannten Grundsätzen möglichst wenig „Anstalt" und möglichst viel „Heim" hergestellt werden. Gerade dieser durchgreifende Unterschied, der in der Grösse wie in der Lage und der Einrichtung der Häuser zum Ausdruck gelangt, kann übrigens auch ärztlich verwandt werden. Zu den erwähnten, voraussichtlich in absehbarer Zeit zur Entlassung kommenden Kranken tritt eine Reihe von länger der Anstaltspflege bedürftigen, geordneten Personen, deren Zustand mehr eine zweckmässige Behausung und Schutz vor den Einwirkungen des Aussenlebens bedingt als eine eingreifende Behandlung und genaue Ueberwachung. Auch sie finden zweckmässig in kleineren freiliegenden Häusern Platz.

Aus dem Gesagten wird sich ergeben, nach welchen Grundsätzen verfahren worden ist. Die Abschätzung der verschiedenen Kategorien des Krankenbestandes ist maassgebend gewesen. Soweit kleine Häuser nützlich sind, werden sie erbaut. Wo die grosse Menge der Kranken mit ausgesprochen tiefergreifenden Veränderungen des Gehirns — also von Paralytischen, Senilen, an Gefässveränderungen u. s. w. Leidenden, welche die Grossstadt liefert — oder der aus anderen Gründen vorzugsweise mit Bettruhe zu pflegenden Kranken mehr eine Hospitaleinrichtung erforderte, ist die Zusammenziehung der Abtheilungen zu grösseren Gebäuden nicht abgewiesen worden.

Wie sich die Familienpflege unter Aufsicht der Anstalt in Buch gestalten wird, muss abgewartet werden. Für ihre Einrichtung in einem gewissen Umfange erscheinen die Verhältnisse, bei Heranziehung der an derselben Vorortlinie liegenden Ortschaften, durchaus nicht ungünstig. Die Lage der neuen Anstalten, etwas entfernter von der Stadt, könnte sogar auf den ersten Blick viel vortheilhafter erscheinen, als die der dicht an dem eng bebauten Stadtgebiet liegenden älteren.

Indess kommt es bei unserer Familienpflege nicht in erster Linie auf geringere Wohnungsdichte, ruhige Umgebung u. s. w. an, sondern, wenigstens für einen gewissen Theil der Kranken, auch auf möglichste Anlehnung an die früheren Verhältnisse. Die Unterbringung in den mehr ländlichen Verhältnissen der Vororte mit ihrem Gemüsebau u. s. w. kann daher für dauerndere Versorgung Vorzüge gegenüber der in der Stadt bieten, sie wird aber nicht in allen Fällen für die Anbahnung der Rückkehr in die frühere Beschäftigung u. s. w. und für die Erreichung einer möglichst dem bisherigen Lebensgange entsprechenden Lage genügen. Daher wird vielleicht eine Neuordnung der fachmännisch ärztlichen Aufsicht der Familienpflege, welche es gestattet, Kranke, die aus verschiedenen Anstalten stammen, zusammenzufassen, sich nützlich erweisen. Die Aufsicht über in Pflege Gelangende braucht dabei nicht sofort oder in allen Fällen auf diese Weise geführt zu werden, sondern kann je nach der Art des Falles auch — vielleicht nur für gewisse Zeit — noch von der entlassenden Anstalt ausgeübt werden.

Aus allen obigen Ausführungen ersieht man, wie die Fürsorge einer so grossen Stadt wie Berlin in mehrfacher Beziehung, namentlich in der Art der bisherigen Lebensbedingungen der Kranken und in starkem Ueberwiegen der Aufnahme über die Bestandsziffer Abweichungen gegenüber anderen Stellen darbietet. Trifft letzteres allerdings in besonderem Maasse für die bestehenden Anstalten zu, so werden doch auch die künftigen, in wesentlichen Punkten, den geschilderten Eigenthümlichkeiten anzupassen sein.

Eine erschöpfende Darstellung des Planes für die Weiterentwicklung der Berliner Fürsorge war, wie der Titel dieses Aufsatzes zeigt, hier nicht beabsichtigt.

Bei dieser Aufgabe würden noch andere Fragen, die ebenfalls durch die Eigenthümlichkeiten einer rein grossstädtischen Bevölkerung besondere Bedeutung erlangen, namentlich die zweckmässige Unterbringung solcher mit zahlreichen Delicten im Vorleben behafteter Kranker, bei denen erneute Gesetzesverletzungen ausserhalb der Anstalt zu erwarten sind, eine eingehendere Erörterung zu erfahren haben.

Mittheilungen.

— **Bemerkungen** zu dem Referat des Herrn Primararzt Dr. Epstein über mein Buch „Die Träume".

Zu den wohlwollenden Besprechungen, welche die deutschen Collegen meinem Buche „Die Träume" gewidmet haben, ist jetzt noch die von Herrn Dr. Epstein, in No. 22, 1902 der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift" hinzugetreten. Es sei mir hier gestattet, zu einigen kritischen Bemerkungen, die auch von anderer Seite in Deutschland gemacht wurden, mit wenigen Worten Stellung zu nehmen.

Ich sagte, dass der Traum Ursache einer Geisteskrankheit sein kann; Herr Dr. Epstein behauptet, dass dies schwer anzunehmen und dass ihm eine durch einen Traum bedingte Psychose noch nicht begegnet ist.

Ein anderer kritischer Punkt wäre die Frage der Traumäquivalente.

Diese beiden Punkte sind es, welche auch Herr Dr. Möbius in seiner Vorrede zur deutschen Ausgabe meines Buches beanstandet hat.

Dass der Traum manchmal Geistesstörung hervorruft, ist eine allen älteren und neueren Irrenärzten bekannte Thatsache. In meinem Buche habe ich über einen Theil der einschlägigen Litteratur berichtet. Insbesondere bei den französischen Autoren finden sich mehrere Beobachtungen registrirt, welche deutlich zeigen, was Herr Dr. Epstein bestreitet. Aber vielleicht soll es heissen, dass, wenn der Traum auch einen krankhaften Geisteszustand erzeugen kann, er noch nicht eine Geisteskrankheit im eigentlichen Sinne des Worts entstehen zu lassen braucht. — Hier befinden wir uns in der That auf dem Gebiet jener psychiatrischen Nomenclatur, welche Möbius in meinem Buche als wenig sichre bezeichnet. Als ich „Die

Träume" (italienische Ausgabe) schrieb, herrschte bei den italienischen Psychiatern keine völlige Uebereinstimmung über die Nomenclatur und Classification der Psychopathien. Jede Klinik und jede Anstalt hatte ihre eigenen gewohnten Bezeichnungen; z. B. stellte man hier und da nie die Diagnose Paranoia, weil man sich ohne Weiteres nach der Klassifikation von Verga richtete; in Rom z. B., wo das Lehrbuch von Schüle noch massgebend war, dagegen stellte man mit Vorliebe diese Diagnose. Jetzt ist das anders. Die letzten Ausgaben des Kraepelin'schen Buches sind auf diese Aenderung der Anschauungen von grossem Einfluss gewesen, wie man auf dem Congress der italienischen psychiatrischen Gesellschaft im Jahre 1901 constatiren konnte.

Wie dem auch sei, ich nahm an, dass, während der Traum häufig krankhafte Geisteszustände, acute oder subacute, verursachen kann, er seltener auch chronische Psychosen paranoischer Natur hervorrufen könne. Ich hatte schon in früheren Veröffentlichungen über damit übereinstimmende klinische Beobachtungen berichtet und nach mir haben es auch andere Forscher gethan.

Wenn Herr Dr. Epstein solche Beobachtungen nie gemacht hat, so kann das nur beweisen, dass der Vorgang ein seltener ist. Seine negativen Erfahrungen können meine positiven nicht abschwächen. Dass sich ein Zweifel erheben kann, ob ein bestimmter Traum die Ursache der Krankheit, oder das Symptom einer schon vorher bestehenden, noch nicht deutlich zum Ausbruch gekommenen ist, habe ich schon in meinem Buche erörtert.

Die Frage der Traumäquivalente nervöser Zufälle, von mir im Jahre 1897 auf dem hypnologischen Congress in Brüssel behandelt, ist sicherlich noch complicirter, zumal da, wie ich in meinem Buche bemerkte, der Begriff der Aequivalenz in der Nervenpathologie nicht sehr klar ist. So gut es möglich, suchte ich ihn jedoch zu erklären und zu bestimmen, bevor ich die von mir als Traumäquivalente interpretirten klinischen Thatsachen beschrieb.

Herr Dr. Epstein sagt, dass mein Begriff des Traumäquivalents z. Th. demjenigen des epileptischen Aequivalents entspricht. Gut: epileptisches Aequivalent, aber onirisches! Für mich besteht kein Zweifel, dass der epileptische Anfall in manchen Träumen der Epileptiker ein Aequivalent findet Nach mir haben, wenn auch unter anderen Namen, Féré, Ducostè, Fournier und auch italienische Psychiater dies nachgewiesen. Ist es vielleicht das Traumäquivalent des hysterischen Anfalls, das man in Zweifel ziehen will? Ich gebe zu, dass der auf Seite 101 meines Buches erwähnte Fall auch als Fall von Epilepsie gedeutet werden kann, namentlich, da ich bei der summarischen Beschreibung nicht mitgetheilt habe, dass die Kranke ohne Bromkur heilte; aber das beeinträchtigt nicht meine Schlussfolgerung, dass auch bei der Hysterie Traumäquivalente vorkommen können; ich führte zum Nachweise noch andere klinische Fälle an.

Herr Dr. Epstein wundert sich über einige meiner klinischen Ausdrücke auf Seite 149. Im italienischen Text lauten sie so: „è certo che alla visione onirica cenestesica si deve quella certa prescienza che talora is sogno ci dà circa gli avvenimenti che si verificheranno nel nostro corpo in un tempo più o meno lontano, e quella reminiscenza talvolta meravigliosa di avvenimenti accaduti in noi e dalla coscienza della veglia completamente ignorati". Nun, diese Behauptung bietet nichts Neues. Ich will damit nur sagen, dass während des Schlafs unser allgemeines Empfindungsvermögen so fein sein kann, dass es 1. körperliche Veränderungen, z. B. beginnende Krankheiten, uns wahrnehmen lässt, die im Wachen nicht wahrnehmbar sind; 2. solche Veränderungen, die in Wirklichkeit in uns vor sich gegangen, aber im Wachen von uns gänzlich ignorirt worden sind, im Traum als neues Erlebniss oder als Erinnerung auftauchen macht. „Visione onirica cenestesica" ist ein neuer Ausdruck, der bedeutet Projectionen der gewöhnlichen oder allgemeinen oder inneren Empfindungen in das Traumbewusstsein. Aber gerade wegen seiner Neuheit sagte ich „wenn es der Ausdruck gestattet", obgleich er sehr leicht verständlich ist. Uebrigens, wenn jene meine Behauptung, für sich allein gelesen und betrachtet, zweideutig erscheinen sollte, so möge man das Vorausgehende und Nachfolgende lesen. Vielleicht liessen sich in der deutschen Uebersetzung die im italienischen Original ausgedrückten Ideen nicht immer naturgetreu wiedergeben, und vielleicht finden daher die deutschen Leser Manches dunkel, was an sich klar und gemeinverständlich ist.

Rom, 20. December 1902.

Prof. Sante de Sanctis.

— **Dortmund.** Die Unterbringung der Geisteskranken hat sich für Dortmund in letzter Zeit zu wahren Kalamitäten herangebildet. Zeitweise mussten solche Kranke bereits in Gefängnissräumen untergebracht werden, da die für diesen Zweck vorgesehenen Räume auf der Station für Irre nicht ausreichten, weshalb sich infolgedessen für die hiesige Verwaltung die Nothwendigkeit herausgestellt hat, der Frage näher zu treten, ob die Stadt oder die Provinz zur Unterbringung der Geisteskranken verpflichtet sei. Für die bedürftigen Kranken fällt diese Pflicht ohne weiteres der Provinz zu, dagegen sind die gesetzlichen Bestimmungen darüber nicht ganz klar, wer für die Unterbringung der begüterten Geisteskranken zu sorgen hat. Die hiesige Verwaltung steht auf dem Standpunkt, dass dieses Sache der Provinz sei und hat sich unter Darlegung des Sachverhalts an das Oberpräsidium gewandt.

Referate.

— Die Dipsomanie. Eine klinische Studie von Dr. Robert Gaupp, Privatdozent an der Universität Heidelberg. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1901.

Für die Klinik der Epilepsie ein bedeutsames Buch, wenn der Verfasser mit seinen Anschauungen

Recht behält! Denn er beabsichtigt nicht mehr und nicht weniger als „der Dipsomanie das klinische Bürgerrecht als einer Form psychischer Epilepsie zu verschaffen."

Von vornherein muss anerkannt werden, dass der logische Aufbau der Gaupp'schen Beweisführung durchaus zwingend und geradezu mustergiltig ist. Der Beweis kann also als erbracht angesehen werden, wenn die anderweitige Nachprüfung die von Gaupp verwertheten klinischen Thatsachen als solche durchweg bestätigt.

Verfasser stützt sich auf die durch Kräpelin und Aschaffenburg ausgebildete Lehre von den epileptischen Verstimmungen. Solche Verstimmungen treten bei Epileptikern nach der anschaulichen Schilderung in Kräpelin's Lehrbuch (6. Auflage, Seite 461) ohne äussere Veranlassung aus innerer Ursache auf. Sie dauern Stunden bis Tage lang und kennzeichnen sich entweder nur als gemüthliche Spannung ohne Bewusstseinstrübung oder es treten zu derselben auch vereinzelte Sinnestäuschungen hinzu, so dass ein fliessender Übergang zu den bekannten Formen epileptischer Delirien existirt. Während der Dauer der Verstimmung kann jedes Krankheitsgefühl fehlen; nach ihrem Verschwinden hat der Kranke Einsicht für das Pathologische seines Verhaltens: er korrigirt die im Verstimmungs-Anfall gemachten Aeusserungen bezw. Handlungen; die Verstimmung erscheint ihm selbst nachher fremdartig.

Die Erwähnung, welche bisher in der Litteratur die Kräpelin'sche Lehre von den epileptischen Verstimmungen gefunden hat, ist durchweg eine zustimmende gewesen, so neuerdings bei Pfister.

Eine besondere Nachprüfung dieser Lehre von anderer Seite ist bisher, soweit ich sehe, nicht erfolgt. Gaupp selbst aber kann aus eigener Anschauung die Angabe Aschaffenburg's bestätigen, dass die Mehrzahl der in der Heidelberger Klinik behandelten, durchweg geisteskranken Epileptiker solche Verstimmungen darbietet. Er theilt uns auch (seine Gruppe II) die Krankengeschichten einer Reihe solcher Patienten mit, welche an periodischen Verstimmungen leiden und bei denen sich ausserdem andere epileptische Anfälle psychischer oder somatischer Art finden.

Gaupp schildert ferner (seine Gruppe I) eine Reihe von Fällen reiner Dipsomanie. Bei diesen Fällen bildet regelmässig eine spontan auftretende Verstimmung die Einleitung des dipsomanischen Anfalls. Der Verstimmung folgen die Trunkexcesse etc. Waren diese Dipsomanen in der Anstalt internirt, so traten die Verstimmungen in ganz gleicher Weise auf, wenn auch aus äusserem Zwange ihnen das Trinken nicht folgen konnte.

Gaupp führt uns dann einen Schritt weiter: Er schildert eine 3. Gruppe von Kranken, welche ausser den dipsomanischen Attaquen vereinzelt auch andere anerkannt epileptische Anfälle darboten, wie Krämpfe, Schwindelanfälle, Dämmerzustände etc.

Hier werden die meisten Kliniker auch die von Gaupp angeführten Thatsachen aus eigener Erfahrung bestätigen können, insbesondere wie oft in der Anamnese mancher Dipsomanen vereinzelte Krampfanfälle, Absencen der Kinderzeit figuriren. Aber sollten wir nicht gerade in dieser Gruppe theoretisch ein reichlicheres Thatsachenmaterial fordern dürfen? Wir kennen alle den unheilvollen Einfluss des Alkohols auf epileptische Gehirne. Die Dipsomanie nun pflegt nach längerem Bestehen nach Gaupp's eigener trefflicher Schilderung meist mit chronischem Alkoholismus sich zu combiniren. Wenn die Dipsomanie, beziehentlich die ihr zu Grunde liegende Gehirnveränderung nichts als eine besondere Form der Epilepsie ist, dann müssen wir als Endstadium der Dipsomanie häufig echte Epilepsie mit ihren ausgesprochenen Erscheinungen, (mit Krämpfen, geistigem Rückgange etc.) anzutreffen erwarten. Vielleicht fehlten Gaupp aus äusseren Gründen (Material der Klinik) derartige Beobachtungen.

Ich glaubte der Sache am ehesten zu dienen, gewiss auch im Sinne des Verfassers, wenn meine Berichterstattung besonders die Punkte heraushebt, an denen meines Erachtens die weitere klinische Forschung sich mit den Gauppschen Ergebnissen zu beschäftigen haben wird.

Bezüglich des übrigen Inhalts der Arbeit möge die Bemerkung genügen, dass an der Hand eines reichen Materials und eingehendster Berücksichtigung der Litteratur die Dipsomanie hier in allen ihren klinischen Einzelheiten und Beziehungen eine sorgfältige Schilderung gefunden hat, so dass die Lektüre des Büchleins auch ausserhalb ihrer geschilderten Haupttendenz vielfache Anregung und Belehrung bietet.

Bratz-Wuhlgarten.

Personalnachrichten.

— Personalveränderungen an den Pommerschen Provinzial-Irrenanstalten.

Der kommissarische Assistenzarzt Dr. Vollheim in Lauenburg i. Pom. ist zum Assistenzarzt ernannt. Der Volontärarzt Dr. Balzer daselbst ist mit dem 1. September 1902 aus dem Provinzialdienste geschieden, an seine Stelle ist der praktische Arzt Dr. Erwin Lauschner aus Leipzig getreten. In Ueckermünde ist Dr. Heinrich Overhof als Volontärarzt und der kommissarische Assistenzarzt Paul Meyer als Assistenzarzt angestellt.

— Unserem sehr verehrten Herrn Mitherausgeber, Privatdocent Dr. Schultze, wurde das Prädicat als Professor verliehen. — In Marburg habilitirte sich Dr. Jahrmärker für Psychiatrie.

Herr Professor Dr. Pick-Prag ersucht uns zur Kenntniss zu bringen, dass er keine Veranlassung habe, auf die Entgegnung des Herrn Director Dr. Pfausler weiter zurückzukommen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 43. | 24. Januar. | 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6405), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Goethe über Irrenanstalten und Geisteskrankheiten.

Von Geh. Medicinalrath Dr. *F. Fischer*-Pforzheim.

Unterm 17. März 1830 berichtet Eckermann folgenden Ausspruch Goethes: „Die Welt ist so voller Schwachköpfe und Narren, dass man nicht nöthig hat, sie im Tollhause zu suchen. Hierbei fällt mir ein, dass der verstorbene Grossherzog, der meinen Widerwillen gegen Tollhäuser kannte, mich durch List und Ueberraschung einst in ein solches einführen wollte. Ich roch aber den Braten noch zeitig genug und sagte ihm, dass ich keineswegs ein Bedürfniss verspüre, auch noch diejenigen Narren zu sehen, die man einsperre, vielmehr schon an denjenigen vollkommen genug habe, die frei umhergehen. „Ich bin sehr bereit", sagte ich, „Euer Hoheit, wenn es sein muss, in die Hölle zu folgen, aber nur nicht in die Tollhäuser."" Dazu bemerkt Ludwig Geiger in seiner neuen Ausgabe der Eckermann'schen Gespräche: „Die folgende sehr merkwürdige Aeusserung kann durch kein damaliges Zeugniss belegt werden, weder in Werken noch Briefen wird von Irrenhäusern gesprochen."

Vielleicht gehört diese Aeusserung Goethes auch zu jenen „Gedächtnissverwirrungen und Verwechslungen", von denen er sagt, dass sie wohl einmal vorkommen und dass Wohlwollende sie verzeihen werden. Er schreibt nämlich von Ilmenau aus (während einer Reise mit dem Herzog Carl August) am 5. Juli 1781 an Frau v. Stein: „(Wir) haben im Zucht- und Tollhaus (Eisenach?) merkwürdige Gestalten gesehen." Darnach war er mit dem Herzoge in einem „Tollhause". Auch den Inhalt eines Gespräches mit Riemer am 1. Februar 1813 kann ich nur mit dieser Annahme verstehen (Biedermann III, 74):

„Das Ungeheuere in der Kultur ist dies, dass wir unser Publikum wider seinen Willen und zu unserm Schaden zur Ironie erheben, indem wir seine Leidenschaften reinigen dadurch, dass wir alles zur Anschau-

ung bringen, selbst den Wahnsinn und die Irrenhäuser und Narrenhospitäler. Denn was kann von dem allen das Resultat sein, als dass es dieses sonst für das Gefühl und die Empfindung so Zerreissende auch nur als einen Zustand kennen lernt, als ein Pathologisches, demgegenüber es sich besser, erhabener fühlt und mit dem es zuletzt spielen lernt."

Geisteskranke und Irrenhäuser haben für Goethe etwas „für das Gefühl und die Empfindung Zerreissendes", dieser Eindruck kann nur aus der lebendigen Anschauung empfangen sein.

Der Begriff „Tollhaus, Irrenhaus" wird ausserdem von Goethe häufig gebraucht. Gerade in dem eingangs erwähnten Gespräche vom 17. März 1830 erzählt er eine Unterredung über den Werther mit dem Bischof von Derby, Lord Bristol, dem er u. A. vorwirft: „Und ferner, wenn Ihr durch Eure Predigten über die Schrecken der Höllenstrafen die schwachen Seelen Eurer Gemeinden ängstigt, sodass sie darüber den Verstand verlieren und ihr armseliges Dasein zuletzt in einem Tollhause endigen!"

An Schiller schreibt er am 28. Juni 1798: „Desto entschiedener ist der Brief, den Sie zugleich erhalten und ein herrliches Muster einer Tollheit ausser dem Tollhause, denn das Kriterium, warum man einen solchen Menschen nicht einsperrt? möchte schwer anzugeben sein. Das einzige, was vor ihm spricht, möchte die Unschädlichkeit sein und das ist er nicht, sobald er uns näher kommt. Da ich ihn aber nicht einsperren kann, so soll er wenigstens ausgesperrt werden".

Auch folgender Vers mag hier als weiterer Beleg angeführt werden:

„Mit Narren leben wird Dir gar nicht schwer,
Versammle nur ein Tollhaus um Dich her,
Bedenke dann — das macht Dich gleich gelind —
Dass Narrenwärter selbst auch Narren sind."

In einem Briefe vom 5. August 1812 an Christiane findet sich folgende Stelle: „Von Arnims nehme ich nicht die mindeste Notiz, ich bin froh, dass ich die Tollhäusler los bin".

Ueber den offenbar geisteskranken Einsiedel schreibt er am 4. November 1781 an den Herzog Carl August: „Ich habe indess als moralischer Leibarzt einen verworrenen Handel (denn wenig menschliche Dinge endigen sich, ausser durch den allgemeinen Schluss) doch bis zur Entwicklung führen helfen. Eine alte Krankheit zerrüttet die Einsiedelische Familie, der häusliche, politische, moralische Zustand hat auf den Vater gewirkt, dass er nahe an Tollheit, wahnsinnige, wenigstens schwer erklärliche Handlungen vorgenommen hat, endlich zu Hause durchgegangen ist und seinen Sohn hier aufgesucht hat. Ich habe mich, um kurz zu sein, des Alten bemächtigt und ihn nach Jena in das Schloss gebracht, wo ich ihn unterhielt, bis seine Söhne ankamen, die indess zu Hause mit Mutter und Onkel negotiirt und die Sache auf einen Weg geleitet hatten. Die ganze Woche ist mir auf diese Besorgnisse aufgegangen, und ich wollte Ihnen nicht eher schreiben, bis ich dem Ausgang näher wäre, worauf ich jeden Tag hoffte".

Von ganz besonderer Bedeutung ist Goethes Mitarbeit bei der Gründung der Irrenanstalt in Jena.

Am 19. März 1802 schreibt er (damals in Jena) in sein Tagebuch: „Landschaftliches Cirkular wegen Combination des Irrenhauses".

In einem Briefe vom 6. September 1803 an Professor Johann August Reichardt in Jena steht folgende bedeutsame Stelle: „Wenn nun die hiesigen medicinischen Anstalten durch das, nicht bloss für die Aufbewahrung, sondern zugleich für die Kur der Kranken errichtete Irrenhaus einen neuen Umfang gewinnen, wenn . . . so geht auf das deutlichste hervor, dass es unserer Akademie weder an Thätigkeit, noch an Antheil fehle".

Also schon im Jahre 1803 verlangte Goethe, dass die Irrenanstalt in Jena nicht nur Pflege-, sondern auch Heil-Anstalt werde und sah in der Benutzung derselben als Unterrichtsanstalt eine Förderung der Interessen der Universität. Wenn die amtliche Thätigkeit Goethes nach dieser Richtung aus den Akten erschlossen werden könnte, würde manche Seite des Goetheschen Wesens wohl in anderer Beleuchtung erscheinen, als bisher. Ich hoffe, dass wir auch dieses Geschenk von dem Goethe-Schiller-Archiv dereinst erwarten dürfen.

Auf der Reise nach Teplitz gelangte Goethe nach Pirna, wo er am 25. April 1813 in sein Tagebuch schreibt: „Der Sonnenstein gegenwärtig grosse Anstalt eines Irren-, Kranken- und Besserungshauses" und von Teplitz aus schreibt er am 21. Mai 1813 an Christiane: „Seitdem Torgau zur Festung bestimmt ist, so hat man den Sonnenstein, ein weitläufiges Schloss gleich über Pirna, zum Irren-, Kranken- und Besserungshaus mit grossen Kosten eingerichtet, ansehnliche Gärten ummauert pp. Die Anstalt soll vortrefflich sein und von einem geschickten Arzte Biniz besorgt".

Also auch hier zeigt Goethe Interesse für die Irrenanstalt.

Characteristisch für Goethes Auffassung der Geisteskrankheiten (siehe Wilhelm Meister Wanderjahre) ist ein Brief, den er an Johann Christian Reil in Halle am 15. August 1803 schrieb, als Dank für die Uebersendung der bekannten „Rhapsodien über die An-

wendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen":

„Das von Euer Wohlgeboren mir übersandte bedeutende Werk habe ich mit vielem Antheil und zu meiner Belehrung durchlesen, es war mir um so willkommener, indem Sie darin die wichtigsten Punkte der Naturforschung berühren und ihre eigene Ueberzeugung dabei an den Tag legen. Führt mich das Glück wieder in Ihre Nähe, so wird durch eine solche vorläufige Bekanntschaft das Gespräch schneller eingeleitet und belebt. Worauf ich mich im voraus freue.

Erlauben Sie, dass ich einen Versuch beilege, wie ich das, was sie p. 58 ff so schön vortragen, poetisch auszusprechen gewagt habe."

Nach der Weimarer Ausgabe ist die Beilage höchst wahrscheinlich das Gedicht „Die Metamorphose der Pflanzen" und pg. 58 ist in der zweiten Auflage von Reil's Rhapsodien 1818 pg. 60.

Noch einige weniger bekannte, sinngemäss hier sich anschliessende Aussprüche Goethes, die seine Gedanken über Geisteskrankheiten verrathen, hebe ich hervor:

An Behrisch schreibt er am 2. November 1767: „Aber kein Kranker kann durch eines unempfindlichen Arztes grausames „es hat nicht viel zu sagen" mehr geängstigt werden, als ein Seelenkranker durch einen gefühllosen Freund. Ein zurücktretendes Uebel ist das gefährlichste und es muss zurücktreten und für Schrecken zurücktreten, wenn der Kranke eine warme sanfte Hand zu fassen hofft und eine kalte, kalte zu fassen kriegt".

In den Unterhaltungen mit dem Kanzler Müller lesen wir am 13. Juni 1825: „Vom Wahnsinn gab er die einfache Definition: dass er darin bestehe, wenn man von der wahren Beschaffenheit der Gegenstände und Verhältnisse, mit denen man es zu thun habe, weder Kenntniss habe, noch nehmen wolle, diese Beschaffenheit hartnäckig ignorire." (s. Sprüche in Prosa Hempel No. 349.)

Bei Eckermann lesen wir am 18. Oktober 1827: „Da lobe ich mir das Studium der Natur, das eine solche Krankheit (Geisteskrankheit) nicht aufkommen lässt... Auch bin ich gewiss, dass mancher dialektisch Kranke im Studium der Natur eine wohlthätige Heilung finden könnte."

Am 3. Mai 1814 sagte Goethe zu Riemer: „Hypochondrisch sein heisst nichts anders, als in's Subjekt versinken" und bei Frau von Stein spricht er am 1. Juni 1789 von der „hypochondrisch quälenden Kraft der traurigen Vorstellungen."

Die Pflanzenmetamorphose scheint Goethe zu einer Zwangsidee geworden zu sein. Zum Kanzler von Müller sagt er am 26. Februar 1832: „Ihr andern habt es gut, ihr geht in den Garten, in den Wald, beschaut harmlos Blumen und Bäume, während ich überall an die Metamorphosenlehre erinnert werde und mit dieser mich abquäle."

In einem Briefe an Knebel vom 30. Mai 1817 lesen wir: „Menschen, die Talent und Thätigkeit haben, zugleich aber verrückt sind, thun den grössten Schaden."

Nicht unerwähnt lassen möchte ich, wenn dies auch nicht streng genommen hierher gehört, folgende Stelle aus einem Briefe an Herder vom 27. December 1788: „Deine Frau seh' ich von Zeit zu Zeit und öfter, wenn der geistige Arzt nöthig sein will. Ich habe manche Dose moralischen Cremor tartari gebraucht, um die Schwingungen ihrer Elektroanischen Anfälle zu bändigen".

Schliesslich empfehle ich noch die Briefe Goethes an den „hypochondrisch allzu weichen" Joh. Friedrich Krafft aus den Jahren 1778 bis 1783 zur eingehenden Lektüre allen, die sich über Goethes Auffassung neurasthenischer Zustände unterrichten wollen.

Was Goethe in Briefen und Gesprächen sagt, vermittelt oft in sehr wesentlichen Punkten das Verständniss für das in den Werken Ausgeführte. Das gilt allgemein und im Besonderen für das viele Psychiatrische in Goethes Schriften.

Unsere kleine ausgewählte Zusammenstellung zeigt, wie viel hier noch zu thun ist. Möchte dieselbe Manchem eine Anregung zur Mitarbeit an dem grossen Werke der Darstellung von Goethes psychiatrischer Anschauung nach der Seite der Naturwissenschaft und der Kunst bringen.

Solange noch nicht alle Briefe, Tagebücher, amtliche Schriftstücke veröffentlicht sind, kann es sich nur darum handeln, möglichst viel Material zusammenzutragen und zu ordnen.

Möbius hat in seinem vortrefflichen Buche „Ueber das Pathologische bei Goethe" den Versuch gemacht, das umfangreiche pathologische Material hauptsächlich in den Werken Goethes zu bewältigen. Ein vollständiger Abschluss erfordert aber noch unübersehbare Arbeit.

Mittheilungen.

— Die traurige Angelegenheit der Kronprinzessin von Sachsen ist bereits Gegenstand so vieler psychologischer Erörterungen gewesen, dass eine fachärztliche Aeusserung dazu wohl gestattet sein dürfte. Die Liebe der Ehefrau zu einem anderen Manne zu erklären, bedarf es nicht des Nachweises von Krankheit oder krankhafter Veranlagung, wofür übrigens auch keine Anhaltspunkte vorlagen. Bis dahin handelte es sich um eine sittliche Verirrung. Die Sachlage änderte sich indess durch den Zustand der Schwangerschaft. Diese beeinflusst ja bekanntlich die Gemüthslage seelisch völlig gesunder Frauen in unverkennbarer Weise. Wäre nun trotz der Neigung zu einem Anderen die Schwangerschaft eine legitime, so würde jener Einfluss sich zwar in gesteigertem Grade, aber in günstigem Sinne geltend gemacht haben, d. h. in dem Abbruch der verbotenen Beziehungen, in der sittlichen Einkehr. Bei der Illegitimität aber der Schwangerschaft treffen die normalen körperlichen und seelischen Wirkungen der letzteren ein durch innere, sittliche Kämpfe bereits zerrüttetes Gemüth, dessen Trägerin sich selbst und die Umgebung vielleicht noch lange über den wahren Seelenzustand hinwegtäuscht. Von Schwangerschaft und Wochenbett ausgelöste Geistesstörungen, die ihre tieferen Ursachen in Erschütterungen der Seele haben, sind nichts Seltenes; man hätte Besonderes darin nicht finden können, wenn bei der Kronprinzessin ein Verfall in schwere, offenkundige Geisteskrankheit erfolgt wäre. Thatsächlich ist eine solche bis jetzt nicht eingetreten, wenn auch in letzter Zeit wiederholt etwas von Depression verlautete. Aber wen die Erfahrung zu Vorsicht und Geduld bei der Erschliessung zweifelhafter Geisteszustände geführt hat, der wird nicht geneigt sein, in einer Reihe auffallender, anscheinend mit Besonnenheit ausgeführter Handlungen den Beweis ungeschwächter Verstandes- und Urtheilskraft zu sehen. Er wird u. A. zunächst die gänzliche Ausschaltung fremder Einwirkung, hier also derjenigen Girons, als selbstverständliche Voraussetzung betrachten für die Erkenntniss, in welchem Umfange sonderbare Entschlüsse und anstössige Handlungen eigenes Geisteswerk der zu Beurtheilenden waren. Von diesem Gesichtspunkte aus muss man auch alle bisherigen psychologischen Betrachtungen des Gegenstands als vergebliche bezeichnen, da ihnen diese Voraussetzung fehlt. Eine Frau, die ihre selbstverschuldete traurige Lage zu überschauen und ohne äusseren Zwang, mit voller Verstandes- und mit sittlicher Kraft sich zu entschliessen und soweit möglich wieder aufzurichten im Stande gewesen wäre, hätte unter den gegebenen Verhältnissen nicht den jämmerlichen Ausweg gewählt, durch die Verbindung mit dem Geliebten ihrem Thun den Schein psychologischer Consequenz nach aussen, der Stimme ihres Gewissens ein Gegengewicht zu verschaffen, — eine kranke Frau allein aber hätte zu diesem Schritte nicht einmal die nöthige Energie gehabt.

Alles in Allem: Die Dinge liegen bei der Kronprinzessin, soweit sie überhaupt der Oeffentlichkeit bekannt sind, noch viel zu wenig klar zu Tage, um ein definitives fachärztliches Urtheil zu gestatten; es ergiebt sich aber nach dem oben Ausgeführten als rein menschliche Pflicht, den Seelenzustand der Kronprinzessin aufs Eingehendste prüfen zu lassen. Es will uns scheinen, als wird dann neben dem vielen Verdammenswerthen Manches zu Tage treten, wofür sie nicht oder nicht voll verantwortlich zu machen ist. In dem zweiten Theil des Dramas handelt es sich unzweifelhaft um die raffinirte Beeinflussung und Ausnützung einer nicht völlig dispositionsfähigen, schwangeren Frau. —

Zum Schluss sei an dieser Stelle dem lebhaften Bedauern darüber Ausdruck gegeben, dass gegenüber der Kronprinzessin, ohne dass über ihren Geisteszustand Genaueres bekannt geworden, die Verbringung in die Irrenanstalt als ultima ratio bezeichnet werden konnte. Das Publikum muss glauben, dass in schlicht bürgerlichen Fällen dieser Art auf gleiche Weise verfahren wird. Die Irrenanstalt wäre übrigens auch bei einer ernsten Geisteskrankheit für die Kronprinzessin bei den gegebenen Umständen kaum der ausschliesslich geeignete Ort. Da in dem Zusammenhang mit dieser Angelegenheit auch vom Kloster die Rede war, so drängt sich Einem die Frage auf, wieviele unglückliche weibliche Wesen mit zweifelhaften oder krankhaften Geisteszuständen dort festgehalten und moralisch gemisshandelt werden mögen. Man sollte die Klöster daraufhin einmal (und öfter) einer gründlichen Revision unterziehen lassen.

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (II. Sitzung vom 26. October 1902, Nachm.) Fortsetzung.

Nachdem der echte Urning also niemals mit unentwickelten (unreifen) männlichen Individuen (Knaben) Unzucht treibt, sondern ausschliesslich mit Erwachsenen verkehrt und nachdem er niemals Päderast im vulgären Sinne des Wortes ist, so ist es zweifellos, dass die Handlung, welche das ungarische Strafgesetzbuch als widernatürliche Unzucht bezeichnet und mit Gefängniss bis zu einem Jahre bestraft, nicht aus moralischer Verkommenheit hervorgeht, keine Unzucht (Perversität) im gewöhnlichen Sinne des Wortes ist, sondern bloss eine perverse Handlung, die aus einem angeborenen contraer-sexuellen Triebe hervorgeht, also pathologischen Ursprunges ist.

Weil aber der echte Urning niemals Knaben zur perversen Handlung verführt, nachdem bloss Erwachsene und nicht unreife Kinder in ihm die libido sexualis erwecken und er die Perversio sexualis auch nur mit Erwachsenen und deren Einwilligung und niemals mit Anwendung von Gewalt ausübt, ist dieser echte Urning der menschlichen Gesellschaft nicht gefährlich und ist seine Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht nur nicht nothwendig, sondern nicht einmal gerechtfertigt.

Die Streichung des § 241 ist nicht nothwendig, ja nicht einmal angezeigt. Damit jedoch infolge dieses Gesetzartikels nicht auch die aus einer pathologischen contraer-sexuellen Empfindung hervorge-

hende Perversion bestraft werde, ist es nothwendig, dass immer, bevor die Anklage wegen eines Delictes gegen den § 241 erhoben wird, der Geisteszustand des Angeklagten durch einen sachverständigen Psychiater untersucht werde.

Salgó dankt dem Vortragenden im Namen des Congresses für seinen eindringlichen und die Frage vollständig erschöpfenden Vortrage.

7. Karl Schaffer: Weitere Mittheilungen zur corticalen Topographie der Paralyse.

Der Vortragende hat vor 2 Jahren dem I. Landes-Congresse der Irrenärzte die Ergebnisse seiner ersten Studien über die paralytische Degeneration der Gehirnrinde vorgelegt. Seither hatte der Vortragende Gelegenheit, das Gehirn von fünf Paralytikern zu untersuchen und auf grossen, durch die ganze Hemisphäre hindurch geführten Schnitten, welche nach der Weigert'schen Haematoxylin-Fäbung gefärbt waren, den Ausfall der markhaltigen Fasern zu studieren.

Von den fünf zur Untersuchung gelangten Fällen waren 3 einfache Fälle von Paralysis progressiva, 2 waren mit Tabes complicirt; es muss betont werden, dass auch in diesen Fällen von Taboparalyse die Paralyse selbst durch progressive Verblödung und durch schwere Sprachstörungen characterisirt war. Die Erfolge seiner Untersuchungen fasst der Vortragende in folgenden Punkten zusammen:

1. Die im Verlaufe der typischen Paralyse auftretende Markfasern-Degeneration tritt an bestimmten, nach einem gewissen Typus angeordneten Rindengebieten auf und verschont andere wieder regelmässig angeordnete Rindengebiete entweder vollständig oder doch in auffallendem Maasse.

Die der Degeneration unterworfenen Rindengebiete sind folgende:

a) Pol und Basis des Stirnlappens.

b) Der Parietallappen auf der Convexität der Hemisphäre.

c) Die 2. und 3. Windung des Stirnlappens vollständig, von der ersten Windung nur der dem Pole des Schläfelappens näherliegende Antheil.

d) Der frontale Theil des Gyrus fornicatus.

Die freibleibenden Rindengebiete sind folgende:

a) Die Central-Windungen; nur die hintere leidet mitunter ein wenig unter der Degeneration.

b) Die Convexität des Stirnlappens und zwar umso mehr, je näher der betreffende Theil zur vorderen Central-Windung liegt.

c) Der Occipitallappen, hauptsächlich jedoch der Cuneus.

d) Die tiefliegende und die erste Windung des Schläfelappens.

e) Das Ammonshorn und der Gyrus lingualis.

2. Die soeben angegebene und beschriebene Vertheilung der Degeneration entspricht der Flechsig-schen Rindeneintheilung; von der Degeneration befreit blieben die centralen, sensiblen Felder, während die Flechsigschen Associations-Centren degenerirten.

3. Bei den atypischen Fällen von Paralyse, bei der Lissauerschen Paralyse degeneriren in strictem Gegensatz zur typischen Paralyse, gerade die sensorischen Felder der Rinde, klinisch ist in solchen Fällen die Geistesschwäche weniger auffallend.

4. Die regelmässige Vertheilung der Markfasern-degeneration beweist die Electivität des paralytischen Rindenprocesses. Doch kommen auch unregelmässige, vasculäre Heerde in der Rinde der Hemisphäre vor, das sind bloss superponirte, nicht wesentliche Veränderungen.

5. Es scheint, dass in verschiedenen Fällen typischer Paralyse die Flechsig'schen Associations-Centren nicht allesammt erkranken, oder doch wenigstens nicht alle in gleichhohem Maasse. So leidet z. B. das occipitale Associations-Centrum fast gar nicht oder doch nur in geringem Maasse unter der Degeneration; am schwersten ist die Degeneration im Stirn- und Schläfen-Associations-Centrum, während das Centrum des Parietallappens in viel milderer Form zu erkranken pflegt.

8. Arthur Sarbó: Die Rolle des Achillessehnenreflexes bei der Paralysis progressiva.

Der Vortragende erwähnt, dass die Untersuchung dieses Reflexes bis in die jüngste Zeit hinein sehr vernachlässigt wurde. Der Vortragende hat an Gesunden eine Reihe von Untersuchungen angestellt, welche ergaben, dass dieser Reflex bei nicht nervenkranken Personen immer leicht auszulösen ist. Unter 900 Nervenkranken fehlte dieser Reflex in 109 Fällen und zwar bei Alcoholismus, Poliomyelitis, Tabes und Paralysis progressiva, also bei solchen Erkrankungen des Nervensystems, bei welchen wir mit vollem Rechte voraussetzen können, dass anatomische Veränderungen vorliegen. Hierauf bespricht S. das Verhalten des Achillessehnenreflexes bei der progressiven Paralyse. In 31 % der Fälle fehlt dieser Reflex vollständig, in einer grossen Anzahl der Fälle ist er auffallend lebhaft, bei einem kleinen Theil der Fälle verhält er sich normal. Manchmal fehlt er früher als das Kniephänomen.

Wichtig ist das Verhalten dieses Reflexes vom differenzial-diagnostischen Standpunkte aus, besonders gegenüber der Neurasthenie; die Untersuchung dieses Reflexes ist ebenso wichtig und ebenso wenig zu unterlassen, wie die des Kniephänomens.

Discussion:

Donath: Achtet schon seit ziemlich langer Zeit auf den durch die Achillessehne ausgelösten Reflex und findet, dass — wie das der Vortragende schon erwähnte — jede Combination vorkommt. Trotzdem die französischen Autoren behaupten, dass bei der Tabes der Achillessehnenreflex früher verschwindet als der Kniereflex, beobachtete D. Fälle, in welchen kein Kniereflex mehr vorhanden war, während der Reflex der Achillessehne noch bestand. Es hängt das eben davon ab, wo die Tabes ihre Zerstörungen beginnt.

Schaffer: schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden an, da seine eigenen klinischen Erfahrungen die Erfahrungen des Vortragenden bestätigen. Was die Bemerkungen Donath's, dass der Kniereflex manchmal früher verschwindet als der Achillessehnenreflex, anbelangt, so ist das eine

natürliche Erscheinung, denn das Verschwinden des Reflexes hängt immer mit dem Sitze der anatomischen Veränderungen zusammen. Das pathologisch-histologische Material, welches Sch. zur Verfügung steht, zeigt, dass der pathologische Process häufiger im lumbo-sacralen, als im lumbo-dorsalen Segmente auftritt, darum ist das Ausbleiben des Kniereflexes häufiger als das Ausbleiben des Achillessehnenreflexes.

Sarbó: will gegenüber Donath nur soviel bemerken, dass er es nicht als Regel hinstellte, dass der Achillessehnenreflex früher verschwindet, als der Kniereflex, denn er selbst hat ja Fälle erwähnt, in welchen die Reihenfolge eine umgekehrte war. Er wollte nur betonen, dass in der Mehrzahl der Fälle der Achillessehnenreflex früher verschwindet, als der Kniereflex. Der Schwerpunkt der Ausführungen des Vortragenden liegt darin, dass das Verschwinden des Achillessehnenreflexes für sich allein wohl weder Tabes, noch Paralysis progressiva bedeutet, dass aber Fehlen des Achillessehnenreflex bei Vorhandensein des Argill-Robertsohn'schen Phänomens z. B. schon auf Tabes oder Paralyse hinweist, dass also das Verhalten des Achillessehnenreflexes dieselbe Bedeutung hat, als das Verhalten des Kniereflexes.

9. Julius Donath: Durch Spiritismus verursachte Hystero-Epilepsie.

Die Ministerial-Verordnung des kön. ung. Ministeriums des Innern vom 19. December 1899, welche das Hypnotisiren nur Aerzten und nur zu Heilzwecken und auch so nur in Anwesenheit einer dritten Person gestattet, ist sehr heilsam, weil auf diese Weise Gefahren, welche die durch Laien ausgeführte Hypnose mit sich bringt, vermieden werden und weil so die Hypnose in verbrecherischer Absicht oder zum Zwecke öffentlicher Schaustellungen nicht missbraucht werden kann. Auch der Arzt ist auf diese Weise gegen böswillige und grundlose Verleumdungen seitens der hypnotisirten Person geschützt. Doch geht die Verordnung zu weit, indem sie den Fachmann im Studium dieses Phänomens hindert. Wir müssen nämlich bedenken, dass wir die Heilwirkung, die individuelle Dosirung des Hypnotismus nur durch sehr genaue und gewissenhafte Untersuchungen feststellen können. Während diese Verordnung aber dem ärztlichen Forscher die Hand bindet, bleibt im Lande der Hypnotismus in geheimen Zusammenkünften von Laien ungestört, berüchtigte Hypnotiseure treiben ihr Handwerk wie ehedem, als es noch keine diesbezügliche gesetzliche Verfügung gab.

Was nun die Beschäftigung mit spiritistischen Ideen und Handlungen anbelangt, so können die dabei so häufigen Aufregungen und seelischen Erschütterungen solcher Personen, welche zur Neuropathie neigen, leicht gefährlich werden.

In dem Falle, welchen der Vortragende auf seiner Abtheilung im St. Stephans-Spitale beobachtete, traten bei einem bis dahin vollständig gesunden Mädchen, welches auf Befehl seines Dienstgebers an spiritistischen Sitzungen als Medium theilnahm, plötzlich schwere hystero-epileptische Krämpfe, Aphonie, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Angstzustände, Hallucinationen und Schlaflosigkeit auf.

In einem zweiten Falle traten bloss mildere hysterische Erscheinungen auf. Die junge Frau wurde durch die vierwöchentliche Beschäftigung mit dem Spiritismus sehr reizbar, sie fürchtete sich vor den citirten Geistern und litt an Schlaflosigkeit.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass nicht nur der Hypnotismus, sondern auch der Spiritismus zu schweren Störungen des Nervensystems, besonders zu Hystero-Epilepsie führen kann. Es ist zweifellos, dass neuropathisch beanlagte Individuen leichter zur Beschäftigung mit dem Spiritismus neigen, doch muss betont werden, dass in dem erwähnten Falle bei dem kräftigen Bauernmädchen überhaupt keine neuropathische Belastung nachweisbar war.

Wir haben die Ausübung des Hypnotismus seitens Unberufener verboten, die religiösen Wunder unserer Zeit werden — wenn sie nur die kleinste Störung der öffentlichen Ordnung bedingen — gewaltsam unterdrückt, trotzdem sie der Gesundheit nicht schädlich sind. Der Vortragende meint, dass wir keinen Augenblick zögern dürfen, auch den Spiritismus, Sitzungen und Zusammenkünfte, diesen ganzen beschämenden Cultus unserer Zeit, welcher auch der Gesundheit schädlich ist, durch ein gesetzliches Verbot einzuschränken.

Der Vortragende legt dem Landes-Congresse folgende Anträge zur Beschlussfassung vor:

1. Das Ministerium des Innern werde aufgefordert, die Verordnung, welche Laien die Ausübung des Hypnotismus untersagt, mit voller Strenge zu handhaben.

2. Der Minister erlasse eine Verordnung, welche die spiritistischen Zusammenkünfte auf das strengste untersagt.

Discussion:

Hajós: erwähnt einen Fall, in welchem ein Individuum, welches sich erst in vorgerücktem Alter mit spiritistischer Lectüre zu befassen anfing, an Séancen niemals theilnahm, mit der Zeit irrsinnig wurde; im Irrenhause trat Besserung ein. Nach der Entlassung beschäftigte sich der Patient wieder mit dem Spiritismus und gelangte infolgedessen baldigst wieder in die Anstalt zurück.

Ranschburg: schliesst sich dem Antrage des Vortragenden an, weil die durch den Spiritismus verursachten Geisteskrankheiten durchaus nicht zu den Seltenheiten gehören. Doch müssen wir auch auf gesellschaftlichem Wege durch Aufklärung zu wirken suchen. Es ist zu bedauern, dass in unserem Vaterlande gerade Aerzte eine führende Rolle in der spiritistischen Bewegung einnehmen, während der Arzt diese Bewegung bekämpfen müsste.

Telegdi: Der Spiritismus ist eine Form, welcher sich Geisteskrankheiten gerne bemächtigen, wie die Hallucinationen unserer Kranken, welche noch nie ein Telephon gesehen haben, sich mit Vorliebe an das Telephon anknüpfen. Jetzt ist der Spiritismus in Mode, er wird schon wieder selbst aus der Mode gehen. Auf administrativem Wege kann man nichts gegen ihn thun.

Donath: dankt für das seinem Vortrage entgegengebrachte Interesse und würdigt besonders

Ranschburg's Bemerkungen. Vortr. glaubt selbst nicht daran, dass man auf administrativem Wege diese Uebel gänzlich vertilgen kann, doch würden durch geeignete Maasregeln besonders die hypnotischen Séancen eingeschränkt werden. Auf die Bemerkung Telegdi's sei nur so viel erwidert, dass es schon von Vortheil ist, wenn das grosse Publikum durch das gesetzliche Verbot der Séancen davon Kenntniss erlangt, dass die medicinische Welt diese Séancen verurtheilt und das allein würde dem Publikum schon zum Nutzen gereichen.

10. **Rudolf Balint: Die diaetetische Behandlung der Epilepsie.**

Der Vortragende recapitulirt zuerst kurz alles, was er über die Erfolge der von ihm vorgeschlagenen chlorarmen Diät im kön. ung. Aerzteverein sagte und damals im „Orvosi Hetilap" mittheilte. Es stellte sich schon damals heraus, dass es eine Reihe von Fragen giebt, welche durch die damaligen Versuche keine befriedigende Lösung fanden. Eine solche offene Frage war die, ob es möglich ist, die chlorfreie Diät längere Zeit hindurch fortzusetzen, wenn ja, wie diese Diät beschaffen sein muss, um nicht unerträglich zu werden; ob keine Bromintoxication auftritt. Die Antwort auf diese Fragen suchte B. in Experimenten, welche 1 1/8 Jahre hindurch fortgesetzt wurden, zu finden. Hierauf citirt der Vortragende die Ergebnisse der Untersuchungen anderer Forscher, welche ebenso wie er selbst, gute Erfolge sahen. In 5 Fällen, in welchen die Beobachtungsdauer eine längere — 7 Monate bis 1 1/2 Jahre — war, wurde die Diät so modificirt, dass der Patient von chlorfreier Diät langsam zur gewöhnlichen Diät überging, jedoch so, dass alles ohne Kochsalz zubereitet und mit Bromnatrium gesalzen wurde. Diese Fälle wiesen noch bessere Erfolge auf, als andere 5 Fälle, welche B. im Armenhause beobachtete. Auch Bromvergiftung trat manchmal auf, doch hat dieselbe bei gehöriger ärztlicher Aufsicht und Behandlung nichts zu bedeuten. Sie bildet sich rasch zurück und ist sogar zu vermeiden. Die Psyche der Kranken änderte sich während der Behandlung nicht. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt B. diese Heilmethode aufs wärmste, doch ist wöchentliche Gewichtsmessung und beständige ärztliche Aufsicht unbedingt nothwendig.

Discussion.

Konrád: Ich habe mich viel mit derartigen Experimenten beschäftigt und bin neuen therapeutischen Methoden gegenüber sehr skeptisch geworden. Vor einigen Jahren erschien jedoch ein Artikel des Herrn Vortragenden, der so viel Vertrauenerweckendes enthielt, dass ich seither dennoch mit der salzarmen Diät experimentire. Ich wählte 27 Epileptiker aus, dieselben erhielten täglich 1—8 gr. Bromkalium. Ich liess die salzfreie Kost besonders herstellen, ausserdem bekamen meine Kranken 2 gr. Bromkali pro die, 1 gr. im Brode, 1 gr. im Gemüse. Ich wendete diese Diät 4 Monate hindurch an und stellte die epileptischen Anfälle des ganzen Jahres in einer übersichtlichen Tabelle zusammen, so dass das erste Drittel des Jahres zur Bromtherapie, das zweite Drittel zur diaetetischen Therapie verwendet wurde, das dritte Drittel stellt den Zeitabschnitt nach der salzfreien Kost, in welchem zur normalen Diät zurückgekehrt wurde, dar. Von 27 Kranken zeigte sich bei 9 ein bestimmter Erfolg.

Fall	I.,	II.,	III. Drittel	
I.	7	0	24	Der Pat. stirbt im Status epilepticus.
II.	13	7	58	„ „ „ „ „ „
III.	22	7	0	Hier trat noch Nachwirkung auf.
IV.	6	1	18	
V.	33	3	20	
VI.	27	8	8	
VII.	14	2	20	
VIII.	47	0	5	
IX.	20	8	25	

Da ich nun einmal ein Skeptiker bin, glaube ich, dass man insbesondere in der Therapie der Epilepsie sich vor dem Principe des „post hoc" sehr in Acht nehmen muss. Darum durchforschte ich bei diesen Kranken auch die älteren Tabellen und fand, dass es Zeitabschnitte gegeben hat, in welchen bei diesen Kranken ohne jede Therapie eine Verminderung der Zahl der Anfälle eintrat, dieselben sogar gänzlich ausblieben. Darum will ich noch kein abschliessendes Urtheil über die salzfreie Diät fällen, sondern will Control-Versuche anstellen, welche die Zeit von einigen Jahren beanspruchen. Im Zusammenhange mit diesen Versuchen müssen quantitative Harnuntersuchungen auf Harnsäure und die Menge der Salze im Harne angestellt werden. Ueber meine Erfolge werde ich seinerzeit berichten.

(Fortsetzung folgt.)

— **Der „Astral-Feind."** Zu einem tragischen und geheimnisvollen Tode haben einen französischen Erfinder seine wahnsinnigen Theorien geführt. Albert Guelle aus Meudon bei Paris, ein vermögender Mann, gab sich in seinen Mussestunden wissenschaftlichen Untersuchungen hin. Besonders beschäftigte er sich mit dem Studium des Spiritismus und Occultismus. Er widmete sich so eifrig den Fragen nach dem Unbekannten, dass sein Verstand zerrüttet wurde und er glaubte, von einem Astralgeist verfolgt zu werden. Um sich gegen die Angriffe seines unsichtbaren Feindes zu verteidigen, fertigte Guelle einen merkwürdigen Metallapparat in der Art des Helmes an, wie ihn Taucher unter Wasser tragen. Sein erster, vor zwei Jahren gemachter Helm befriedigte ihn jedoch nicht, und seitdem arbeitete er an einem anderen, den er am vorigen Mitwoch zum ersten Mal erproben wollte. Er schrieb an einen Arzt in Paris und bat ihn, der Probe beizuwohnen; aber der Doktor ersuchte den Erfinder, den Versuch bis Freitag aufzuschieben, und versprach, dann anwesend zu sein. Als an jenem Tage der Doctor nun an die Thür des kleinen Pavillons in Meudon, den Guelle bewohnt, klopfte, erhielt er keine Antwort und als nun die Thür gewaltsam geöffnet wurde, bot sich seinen Augen ein schrecklicher Anblick. Guelle lag leblos auf dem Fussboden seines Laboratoriums, und der Kopf war mit dem seltsamen Astralhelm bekleidet. An dem Apparat war ein Behältniss mit Chloroform befestigt, das durch eine Röhre tropfenweis auf die Lippen des

Erfinders fiel. Auf dem Tische lag ein Brief, in dem der Verstorbene erklärte, er könne die Angriffe seines „Astral-Feindes" nicht länger ertragen.

— Das Rauchen in den Irren- und Nervenheilstätten. Dass geistige Getränke in unseren Anstalten als Genussmittel nicht zu dulden sind, darüber herrscht, von einer geringen Zahl noch Andersdenkender abgesehen, unter den Anstaltsärzten Uebereinstimmung. Der Alkohol ist eben das gefährlichste und verbreiteste Gift für das Nervensystem und darum muss er vor allem von den Nervenkranken ferngehalten werden. Auch das Nikotin ist ein starkes Nervengift, wenngleich seine Gefährlichkeit der des Alkohols nicht im Entferntesten gleichkommt, was aber nur an der geringen Menge des gewöhnlich beim Rauchen aufgenommenen Nikotins liegt; denn das letztere selbst ist von etwa der gleichen Giftigkeit wie Blausäure. Speciell durch Nikotin bedingte Geistesstörungen ernsterer Natur sind selten beobachtet worden. Es ist denn auch bisher keine Stimme dahin laut geworden, dass man das Rauchen ganz generell in der Anstalt verbieten müsse; übermässiger Tabakgenuss wird selbstverständlich nicht geduldet. — Es giebt aber doch eine ganze Reihe von Anstaltsinsassen, die besonders wegen einer abnorm gesteigerten Ansprechbarkeit der Herz- und Gefässnerven nicht rauchen dürfen, jedenfalls das Nikotin besser meiden. Was thun? Den Genuss geistiger Getränke haben wir unseren Patienten schon entzogen, sollen wir ihnen auch das Rauchen verbieten? Wollen wir consequent sein, dann müssen wir auch hier jede Concession an eingewurzelte Gewohnheiten und Vorurtheile verdammen und müssen sagen: „Los vom Nikotin!" Glücklicher Weise ist es nun aber durch die Geh. Rath Prof. Dr. med. Gerold'sche Erfindung, eine Methode, durch welche das Nikotin unschädlich gemacht wird, ermöglicht, unseren unglücklichen Kranken, die ja auf so vieles verzichten müssen, die Erfüllung unserer Forderung zu erleichtern. Diese Erfindung ist trotz vielfacher Empfehlungen lange zu wenig beachtet gewesen, bis San. Rath Dr. Fürst und Dr. Cowl das Gerold'sche Verfahren im physiologischen Laboratorium des Instituts für medizinische Diagnostik in Berlin mittelst einer Reihe von Versuchen und Parallelversuchen an Menschen und Thieren einer wissenschaftlichen Nachprüfung unterwarfen, deren Ergebniss durchaus günstig war. Auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg berichtete Fürst über diese Untersuchung unter Demonstration der mit dem v. Basch'schen und Dudgeon'schen Apparate gewonnenen sphygmographischen Curven.

Es stellte sich heraus, dass der Blutkreislauf durch den Rauch der nicht präparirten Cigarre stark alterirt, durch den Rauch der präparirten Cigarre unter gleichen Bedingungen nicht beeinflusst wird, dass irgend eine Nikotinwirkung nach dem Rauchen der präparirten Cigarren selbst durch empfindliche automatisch-graphische Methoden nicht mehr zur Anschauung zu bringen ist („Die ärztliche Praxis", 1901 Nr. 22), dass daher diese nikotin-neutrale Cigarre vom hygienischen Standpunkte aus als ein rationeller Ersatz für die bisher gewohnte Cigarre und demgemäss als ein Fortschritt zu bezeichnen sei. Auch Professor Dr. Stern, sowie eine Reihe praktischer Aerzte sprechen sich — ersterer ebenfalls auf Grund von physiologischen Laboratoriumsversuchen — sehr günstig über diese Cigarre aus. Das Verfahren besteht darin, dass die Tabakblätter vor der Verarbeitung mit einer Lösung von Tannin und einer Abkochung von Origanum vulgare behandelt werden. Das Nikotin wird dadurch neutralisirt, das specifische Aroma bleibt aber erhalten. Die fabrikmässige Herstellung dieser nikotinneutralen Cigarren besorgt die Firma Wendt's Cigarrenfabriken Aktiengesellschaft in Bremen.

Ich glaube, dass es sich hier um ein Produkt handelt, dessen Einführung in den Bestand des Anstaltsmagazins man anstreben muss. Jedenfalls wäre es erwünscht, wenn in den Anstalten Versuche grösseren Umfangs damit gemacht und wenn die practischen Erfahrungen grösseren Stils in diesem Blatte zur Erörterung gebracht würden. Dr. Bresler.

Referate.

— Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Von Dr. A. Theilhaber in München. Verlag von Carl Marhold in Halle a. S., 1902. Preis Mk. 0,80.

Verf. stellt 2 Hauptsätze in dieser Brochüre auf, dass

1) Nervenleiden Störungen in den Genitalien hervorrufen können, und zwar beträfen diese am häufigsten die Periode,

dass 2) umgekehrt auch Abnormitäten der weiblichen Geschlechtsorgane Erkrankungen des Nervensystems, als Hysterie, Nervosität im allgemeinen, Neurasthenie, Neuritis und Psychosen, zur Folge haben.

Was Satz 1 anbetrifft, so entstehen die Menstruationsanomalien entweder durch cerebral bedingte Blutdruckverminderung (Amennorrhoe) oder durch Blutdrucksteigerung (Menorrhagie).

Die Entstehung der in Satz 2 erwähnten Erkrankungen des Nervensystems führt der Verf. meist auf Anomalien im Blut zurück und nicht auf eine Reflexneurose.

Dr. Heinicke-Grossschweidnitz.

Druckfehlerberichtigung.

Die Firma Eduard Speiser, welche die Matratzentheile zu den in No. 37 beschriebenen Krankenbetten für unreinliche Geisteskranke liefert, befindet sich nicht in Sonheim, sondern in Sinsheim (Kr. Heidelberg).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 44. 31. Januar. 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6405), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger.

Von k. k. Regierungsrath Director Dr. *Josef Krayatsch*, Mauer-Oehling (Niederösterreich).

Geschichtliches.

Nach einem Vortrage des Primararztes Dr. Ludwig Pfleger, welchen derselbe am 1. Februar 1882 im Wiener medicinischen Doctoren-Collegium abgehalten hatte, wurden zur Zeit Kaiser Josef II. auf Vorschlag van Swieten's beschlossen, in ganz Oesterreich Krippen für blödsinnige Kinder zu errichten. Dieser Plan kam nicht zur Ausführung, doch wurden damals in Spitälern und Klöstern kleine Abtheilungen zur Unterbringung von Idioten geschaffen.

Als die erste wirkliche Anstalt, welche überhaupt zur Erziehung von Idioten errichtet worden ist, wird die des Lehrers Guggenmos in Salzburg, welche im Jahre 1828 entstand, bezeichnet.

Trotz ihrer befriedigenden Erfolge musste sie im Jahre 1835 mangels der behördlichen Unterstützung aufgelassen werden.

In Niederösterreich bestand in der alten, mit der Versorgungsanstalt vereinigt gewesenen Irrenanstalt zu Ybbs eine Schule für Idioten, für welche ein eigener Lehrer bestellt war. Als die Anstalten getrennt und neu aufgebaut bezw. umgebaut wurden, kaufte die Kommune Wien daselbst das sog. Tonder'sche Haus, welches von 1864 an zur Aufnahme von blöden und epileptischen Kindern bestimmt und zur Unterbringung von 40 solchen Kindern eingerichtet wurde. Die Kinder erhielten vom Beneficiaten der Anstalt einen den Fähigkeiten entsprechenden Unterricht und konnten bis zum 14. Lebensjahre daselbst verbleiben.

Die von Dr. Friedmann und Glinsky in den Sechzigerjahren zu Zwölfaring errichtete Idiotenanstalt, welche später nach Kierling übersiedelte und aus den älteren, nachmaligen Objecten der Irrenanstalt bestand, hatte auch geistesschwache Kinder in Obhut, welche auf Landeskosten vom niederösterreichischen Landesausschusse in Pflege gegeben wurden.

Die Anstalt wurde im Jahre 1872 wegen der dort vorgefundenen argen Missbräuche behördlich geschlossen und die Pfleglinge im Hartl-Hause, als Anhang der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Klosterneuburg und selbständige Idiotenabtheilung, untergebracht.

In diese Abtheilung wurden nur die pflegebedürftigen Idioten aufgenommen.

Um aber den immer grösseren Bedürfnissen nach einer Anstalt für erziehungsbedürftige Pfleglinge theilweise Abhilfe zu schaffen, wurde der Landesausschuss ermächtigt, mit der Idiotenanstalt zu St. Ruprecht bei Bruck a. Mur wegen Uebernahme von 40 erziehungsfähigen, schwachsinnigen Kindern einen Vertrag abzuschliessen.

Gleichzeitig constituirte sich in Wien ein Verein zur Beschaffung von Mitteln im Wege der Privatwohlthätigkeit behufs Gründung einer Idiotenanstalt, welches Bestreben die Erbauung eines Asyles für schwachsinnige Kinder in Biedermannsdorf unter dem Namen „Stefanie-Stiftung" zur Folge hatte.

Dennoch genügten die zur Verfügung stehenden Betten nicht und es langten immer mehr Gesuche um Aufnahme pflegebedürftiger idiotischer Kinder ein, so dass der Landesausschuss gezwungen war, durch Errichtung einer selbständigen Idiotenanstalt für Kinder Abhilfe zu schaffen.

Der Landtag von Niederösterreich hat sich wiederholt mit der Frage der Idiotenfürsorge beschäftigt und im Jahre 1880 in Klosterneuburg eine kleine, aber unzureichende Idiotenanstalt errichtet. Im Jahre 1882 hat der Landtagsabgeordnete Monsignore Knab, welchem die glänzenden Erfolge der Cretinenanstalt Ecksberg in Bayern vorschwebten, im Landtage den Antrag auf Errichtung einer Anstalt für schwachsinnige Kinder gestellt und der Regierungsrath Dr. Moritz Gauster, Director der Irrenanstalt in Wien, ein diesbezügliches Programm ausgearbeitet, welches jedoch aus financiellen Gründen die Zustimmung des Landtages nicht finden konnte.

Im Jahre 1894 griff der nieder-österreichische Landtagsabgeordnete Monsignore Dr. Scheicher abermals die Idee auf und stellte einen entsprechenden Antrag, welcher vom Landtage angenommen, vom Landesausschusse sofort verwirklicht wurde; demselben wurde zunächst vom Landtage der nöthige Credit und die Uebernahme der Verpflegskosten für zahlungsunfähige Kinder zugesichert.

Zum Studium der bestehenden auswärtigen Idiotenanstalten wurde im Jahre 1894 der Director der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt Dr. Josef Krayatsch (Berichterstatter) nach Deutschland und in die Schweiz entsendet, welcher seine gesammelten Erfahrungen hinsichtlich der baulichen Anlagen solcher Anstalten und deren Einrichtung in seinem Reiseberichte über den Besuch einiger deutscher Idiotenanstalten niedergelegt hat.

In Würdigung der ärztlichen Forderungen und aus Rücksicht einer einfachen Verwaltung beschied der Landtag das zu errichtende Institut einer schon bestehenden Irrenanstalt anzugliedern und entschloss sich hierbei für die Anstalt Kierling-Gugging, weil die Umgestaltung des Pavillons IV dieser Anstalt zur Idiotenanstalt am geeignetsten erschien.

Die Errichtung der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder setzte zunächst die Kenntniss der Ziffer der im schulpflichtigen Alter stehenden Kinder Niederösterreichs voraus, welche infolge einer angeborenen oder erworbenen Geistesstörung vom Schulbesuche enthoben sind. Nachdem eine solche Ziffer durch Zählung jener Kinder in der zur Verfügung stehenden Frist nicht zu erreichen war, so wurde es nothwendig, das Ergebniss ähnlicher Zählungen, wie solche in Württemberg, Dänemark und im Canton Zürich vorgenommen wurden, zu benutzen. — Nach diesen kommt ein Schwachsinniger auf 500 Einwohner.

Demnach würde Niederösterreich bei einer Einwohnerzahl von 2800000 rund 5000 Schwachsinnige zählen, von denen im Vergleiche mit dem Königreiche Sachsen, welches von 3880 Blödsinnigen 635 solche im Alter von 5—15 Jahren in öffentlichen und Privatanstalten verpflegt, 913 Blödsinnige im Alter von 5—15 Jahren stehen dürften. Die Zahl der schulpflichtigen Kinder auf 100 Einwohner schwankt durchschnittlich zwischen 15—20, daher dürfte die Zahl der schwachsinnigen Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren, vorausgesetzt, dass Niederösterreich 5600 Schwachsinnige überhaupt aufweist, zwischen 840 und 1120 zu suchen sein.

Weit geringer ist jedoch diese Ziffer nach der Volkszählung vom Jahre 1890. Nach derselben kommen auf Niederösterreich 3000 Idioten und Cretins mit etwa 400 Köpfen im schulpflichtigen Alter.

Diese Zahl wird, wie Professor von Wagner in seinen Untersuchungen des Cretinismus in Steiermark nachgewiesen hat, nur theilweise der Wahrheit entsprechen. Bestätigt wird diese Annahme dadurch, dass im Jahre 1899 in den niederösterreichischen Anstalten für Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder 284 Knaben und 181 Mädchen, zusammen schon 465 Kinder verpflegt wurden.

Projektirt wurde zunächst die Errichtung zweier Villen mit je acht Erziehungs-, beziehungsweise Pflege-

gruppen, welche den Pavillon IV mit dem Speisesaal, der Küche, den Arbeitszimmern, Wohnzimmern für die Schwestern flankiren sollten. Das Projekt wurde zu theuer befunden und die Erweiterung des Pavillons IV durch Anbau beschlossen. Dieses Projekt erfüllte allerdings auch die geforderte Unterbringung der Pfleglinge nach Erziehungs- beziehungsweise Pflegegruppen und räumliche Trennung der Knaben und Mädchen, doch sind die Tagräume trotz der Einsprachen der ärztlichen und administrativen Experten gelegentlich der Besprechung des Projektes und seiner baulichen Ausführung zu klein ausgefallen.

Der erste Spatenstich wurde Ende 1895 gemacht und die Anstalt schon am 17. August 1896 feierlich eröffnet.

Da nach dem Statute die unterrichtsfähigen, schwachsinnigen Kinder an Anstalten unter pädagogischer Leitung abzugeben sind, hatte die Anstalt nur den Zweck, die in den pädagogisch nicht bildungsfähigen Kindern vorhandenen geistigen Fähigkeiten erziehlich auszubilden.

Es wird bei solchen Kindern das Hauptgewicht nicht auf den Unterricht, sondern auf die Erziehung und Beschäftigung gelegt, während die vollständig verblödeten Kinder eine menschenwürdige Pflege erfahren.

Um allen diesen Forderungen Rechnung tragen zu können, wurde bei der baulichen Anlage der Anstalt derart Vorsorge getroffen, dass 96 Knaben, 96 Mädchen, im Ganzen 12 Gruppen, das ist in je drei Erziehungs- und je drei Pflegegruppen getheilt, Unterkunft finden können.

Jede Gruppe von 10 bis 16 Kindern, welche unter der unmittelbaren Aufsicht zweier Schwestern, von denen in der Erziehungsgruppe eine Kindergärtnerin ist und den erziehlichen Teil zu besorgen hat, während die andere eine Pflegeschwester ist, bewohnen gemeinsam einen Schlafsaal und einen Tagraum.

Zwei benachbarte Gruppen verfügen über eine gemeinsame Waschstelle und Rumpelkammer und eine viersitzige Abortanlage. Allen Gruppen steht ein grosser Speisesaal und ein gemeinsamer Baderaum mit fünf Kupferwannen und ein gemauertes Bassin zur Verfügung. Im ersten Stockwerke befindet sich die Wohnung der Vorsteherin, ein Betsaal, Speise- und Gastzimmer für die Schwestern. Ausser den bereits angeführten Räumlichkeiten sind noch vorhanden zwei Beschäftigungsräume, zwei Einzelzimmer, ein Zimmer für zwei kranke Schwestern, eine entsprechend eingerichtete Küche, eine Mehlspeisküche, ein Gemüseputzraum, Schlafzimmer für das Küchenpersonal, ein Raum für reine, ein Raum für schmutzige Wäsche, ein ärztliches Zimmer, ein Besuchszimmer, ein Materialmagazin, ein Kohlenkeller, ein Gemüse- und Krautkeller, ein Victualien-Depot, ein Eiskeller, eine Fleischkammer, ein Holzkeller, zwei Dienerwohnungen, ein Heizkesselraum, eine Petroleumkammer.

In dem für Mädchen und Knaben abgetheilten Garten befindet sich ein geräumiges, heizbares Gartenhaus, welches mit Turngeräthen ausgestattet ist und bei schlechtem Wetter zum Aufenthalte und ausserdem zum Abhalten von Bewegungsspielen und Turnübungen dient.

Die Hauptaufgabe der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Kierling-Gugging geht dahin, die ihr zugewiesenen Kinder zu pflegen, zu erziehen und zur Arbeit heran zu bilden, aber auch diejenigen, welche erwiesenermassen unterrichtsfähig sind, in einer Vorschule zu unterrichten, damit diese zu ihrer weiteren Ausbildung den zur Verfügung stehenden Anstalten in Banck a. M. und in Biedermannsdorf zugeführt werden. Sie soll ja eine bescheidene Familienerziehung ersetzen, weshalb die Kinder einer Gruppe nach Thunlichkeit gleichartig und immer von denselben Pflegerinnen gepflegt beziehungsweise erzogen werden. Die Pflege geschieht durch aufopferungsvolle Pflegerinnen, die Erziehung durch erfahrene Kindergärtnerinnen, welche auch in der Versuchsabtheilung die Anfangsgründe im Unterrichte, Religion inbegriffen, ertheilen.

Die Beschäftigung der dazu fähigen Pfleglinge erfolgt u. zw.: die der Mädchen in der Näh- und Strickstube, in der Küche und beim Waschtrog, die der Knaben in den Werkstätten, im Gemüsegarten und bei der Landwirthschaft. Sowohl in der Knaben- als auch in der Mädchenabtheilung befindet sich je ein Arbeitszimmer, welches mit den nöthigen Behelfen als: Wandtafeln zum Religions- und Umschauungsunterricht, Harmonium zum Gesangsunterrichte ausgestattet sind.

Ein lehrplanmässiger Unterricht wurde deshalb in das Erziehungsprogramm nicht aufgenommen, weil die unterrichtsfähigen Pfleglinge in die Anstalt zu Biedermannsdorf oder Banck a. M. abgegeben werden und weil erfahrungsgemäss die erziehungsfähigen Pfleglinge mit Erfolg zu leistungsfähigen, landwirthschaftlichen Dienstboten erzogen werden können.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung.** 2. Sitzung am 18. December 1902. Vorsitzender: Landgerichtspräsident Heinroth. Schriftführer: Privatdocent Dr. med. Weber.

Prof. Dr. jur. von Hippel: Willensfreiheit und Strafrecht.

Hauptsächlich vom Standpunkte des praktischen Criminalisten bespricht Referent die Frage, ob die Begriffe der Verantwortlichkeit, Schuld, Zurechnungsfähigkeit, Vergeltung und Strafe, an die Annahme einer Willensfreiheit gebunden sind, oder sich auch als die Grundlagen der derzeitigen Strafgesetzgebung halten lassen, wenn man von der Möglichkeit einer Willensfreiheit absieht und auf einem rein deterministischen Standpunkt steht. Referent betont, dass zwischen beiden Anschauungen ein scharfer Gegensatz besteht, der keine vermittelnde Stellung zulasse. Andererseits wird die Bedeutung dieses Gegensatzes nicht selten übertrieben. Es handele sich nicht um verschiedene Weltanschauungen; man könne z. B. sowohl auf dem Boden des reinen Materialismus, wie des gläubigen Christenthums stehend, für den Determinismus oder für die Willensfreiheit eintreten. Es handele sich nur um verschiedene Anschauungen über das Zustandekommen der einzelnen menschlichen Handlungen. Die Vertreter der Willensfreiheit behaupten, dass derselbe Mensch unter genau denselben Verhältnissen nach Belieben das eine oder andere wollen und demgemäss so oder anders handeln könne, indem sie annehmen, dass die äusseren Verhältnisse bei dem Zustandekommen eines Entschlusses nur „sollicitiren", nicht „necessitiren".

Der Determinismus bestreitet die Möglichkeit des „anders handeln können" unter gleichen Verhältnissen, da die Willenshandlungen der Menschen wie alles Geschehen, dem Gesetze vom zureichenden Grunde unterliegen; die sie hervorbringenden Factoren sind einerseits die körperliche und geistige Eigenart des Thäters, andererseits die jeweilige äussere Situation. Derselbe Mensch in derselben Situation konnte nur diesen, nicht einen andern Entschluss fassen. Hierin liegt keinerlei Leugnung der Macht der menschlichen Persönlichkeit, der Mensch wählt auf Grund verstandesgemässer Erwägung und fasst danach seinen Entschluss. Aber er kann nur wählen, was ihm auf Grund seiner Eigenart als das Richtigste erscheint, nicht ad libitum Gegentheiliges. Das die Handlung spontan, d. h. unwillkürlich begleitende Freiheitsgefühl, erklärt Ref. mit Hoche als das Bewusstsein von dem ungestörten Ablauf der Willensvorgänge. Das auf Reflexion beruhende Gefühl der Freiheit aber, welches wir bei der Betrachtung zukünftiger oder vergangener Situationen haben, ist lediglich ein Möglichkeitsurtheil, welches darauf beruht, dass wir zur Zeit nicht alle pro et contra wirkenden Bedingungen richtig übersehen können.

Ref. zeigt nun weiter, wie innerhalb dieses deterministischen Standpunktes sich die Begriffe des Gewissens, der Reue, Verantwortlichkeit, Schuld, Zurechnungsfähigkeit, Vergeltung und Strafe erklären lassen, und betont, dass diese Grundbegriffe des heutigen Strafrechts sich mit einer deterministischen Auffassung nicht nur sehr wohl vereinigen liessen, sondern dass allein der Determinismus, nicht die Willensfreiheit, diese Begriffe befriedigend zu erklären vermöge.

In der Diskussion

bemerkt Exc. Geheimrath Plank, dass er nicht völlig auf die Willensfreiheit verzichten könne. Im Allgemeinen unterliege ja das menschliche Handeln, wie alles Geschehen, dem Causalgesetz. Daneben habe aber der Mensch die Möglichkeit, nach bestimmten Motiven zu handeln; diese aber seien nicht so zwingend, wie es das Causalgesetz fordere.

Auch Geheimrath von Bar betont, dass bei aller Anerkennung der Gründe des Determinismus ein „gewisser Rest von Verantwortlichkeit" als Grundlage der menschlichen Handlungen übrig bleibe.

Von verschiedenen Seiten wird auf den § 51, Str.-G.-B., eingegangen und hervorgehoben, dass der Begriff der krankhaften Störung der Geistesthätigkeit für die Praxis nothwendig einer Erläuterung oder Grundbestimmung bedürfe. Dazu sei aber der Zusatz von der freien Willensbestimmung nicht geeignet. Auch das Vorhandensein oder der Mangel des Verständnisses für das Strafbare der Handlung genüge nicht, ebensowenig die Motivirung der Strafthat aus dem Geisteszustand.

Prof. Cramer hebt hervor, dass der sachverständige Arzt von seinem naturwissenschaftlichen Standpunkte überhaupt keine Willensfreiheit, die ein Begriff der Ethik und Metaphysik sei, anerkennen könne. Er stehe auf dem Standpunkte, die Frage nach der freien Willensbestimmung als Sachverständiger überhaupt nicht zu beantworten, sondern höchstens auf Befragen seine persönliche Meinung diesbezüglich zu äussern. (Weber-Göttingen.)

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (II. Sitzung vom 26. October 1902, Nachm.) Fortsetzung.

Pándy und seine Schüler haben eine Reihe von Versuchen mit der neuen Heilmethode angestellt.

An dieser Methode ist nichts Ueberraschendes, nichts Wunderbares. Hat doch schon Esquirol betont, dass die Epilepsie bei jedem neuen Eingriffe eine gewisse Besserung aufweist. Auch kehrten im Verlaufe der Experimente die Anfälle bald zurück und so stellte es sich heraus, dass das günstige Urtheil verfrüht war. Toulouse und Richet schrieben, dass Brom bei NaCl-freier Kost 4mal so stark wirkt, als bei gewöhnlicher Diät. Also giebt Bálint 12 gr., Konrád 8 gr. Bromkali pro die. Die Cur ist schwer durchführbar und gefährlich. Zwei der Kranken

starben im Verlaufe des Experimentes. P. ordinirt auf seiner Abtheilung kein Brom mehr, nur in seltenen Ausnahmsfällen.

Ranschburg: Eine neue Therapie soll weder mit Entzücken, noch mit Antipathie besprochen werden. Das gilt besonders für die Therapie der Epilepsie, da wir ja wissen, dass die Epilepsie oft von selbst auffallende Besserungen aufweisst, dass wir hinwiederum in anderen Fällen mit keinerlei Mitteln im Stande sind, auch nur einen einzigen Anfall hintanzuhalten. Auch R. versuchte die Toulouse-Richet'sche Methode, die Erfolge waren so wenig einheitliche, dass es unmöglich ist, sich ein abschliessendes Urtheil zu bilden. In einigen Fällen wurde die Cur so schlecht ertragen, dass sie aufgelassen werden musste. Das Aufhören mit der salzlosen Diät verursachte keine auffallende Verschlechterung. In einigen Fällen zeigte sich wieder ausgesprochene Besserung, bei einem Knaben so weit gehend, dass er nun wieder die Schule besuchen kann. An manchen Tagen giebt R. seinen Kranken normale Diät, ja sogar gesalzene Speisen.

Salgó: Gegen die Epilepsie wurde natürlich sehr vielerlei versucht. Doch ist die Controlle infolge des eigenthümlichen Verlaufes der Epilepsie eine so schwierige, dass es heute kaum möglich ist, ein beruhigendes Urtheil zu fällen. Casuistik und nicht Statistik ist dazu berufen, diese Frage zu lösen. Die grossen schweren Anfälle werden nach einer gewissen Behandlung seltener, doch behält Meynert, der immer betonte, dass die häufiger auftretende kleinere Epilepsie die schlimmere ist, Recht. Ich erinnere mich eines besonders typischen Falles, den ich während meiner klinischen Dienstzeit zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es war ein Fall, in welchem fortwährende schwere Anfälle vorhanden waren. Wir reichten Atropin und die Anfälle sistirten, der Kranke blieb ein Jahr lang frei von jedem Anfalle. Nun entliessen wir den Kranken; am nächsten Tage brachte man ihn uns wieder; er litt unter den heftigsten, mit Tobsucht einhergehenden Anfällen. Es wurde jede Therapie vermieden, dennoch hatte der Patient wieder ein Jahr lang keinen einzigen Anfall. Wir entliessen ihn nach diesem zweiten auf der Klinik anfallslos zugebrachten Jahre wieder als geheilt, nun hörten wir nichts von ihm, bis ihn nach 10—11 Monaten in der Gesellschaft der Aerzte ein College als durch „Faradisation geheilt" vorstellte.

Unter gewissen Verhältnissen bleiben also die epileptischen Anfälle spontan aus. Dazu kommt nun noch der Zweifel, ob die Diagnose der genuinen Epilepsie auch richtig war? Wir fassen unter dem Namen Epilepsie eine ganze Reihe von Krankheiten zusammen, trotzdem wir in vielen Fällen die Art der Veränderungen überhaupt nicht kennen. Ueber den Erfolg oder die Erfolglosigkeit irgend einer Heilmethode lässt sich nur mit der grössten Vorsicht etwas Bestimmtes aussagen. Die Versuche mit der salzfreien Diät sind, da sie unschädlich sind, unbedingt fortzusetzen.

Poszvek kann auf Grund seiner 19jährigen Praxis sagen, dass jede Therapie bei der Epilepsie von suggestiver Wirkung ist. Der Erfolg hängt von der Individualität des Arztes ab. Das neue Verfahren ist nur dazu gut, um dem Arzte Geduld, dem Kranken Aussicht auf Heilung zu verleihen.

Bálint: Die guten Erfolge, welche die Experimente des Herrn Directors Konrád aufweisen, freuen mich ausserordentlich. Die Thatsache, dass nach 189 Anfällen des Zeitabschnittes vor der diätetischen Behandlung, im Zeitabschnitte dieser Therapie nur 36 Anfälle auftraten, beweist die grosse Wirksamkeit dieser diätetischen Behandlung. Mit grossem Interesse sehe ich den Controlversuchen entgegen, trotzdem ich glaube, dass nach dem eclatanten Erfolge, den die Therapie in den erwähnten 9 Fällen aufwies, dass Abfallen der Zahl der Anfälle während der diätetischen Therapie und das rasche Ansteigen derselben, nachdem man mit dieser Therapie aufhörte, nun keinesfalls mehr dem Zufalle zugeschrieben werden kann. Auch B. weiss, dass nach dem Aussetzen der Therapie gehäufte Anfälle auftreten, darum betonte er die Nothwendigkeit, die Diät durch langsames Vermindern der Brommengen und langsames Vermehren der Kochsalzmengen und nicht plötzlich zu ändern.

Der Vortragende kennt den negativistischen Standpunkt Pándy's schon lange. Sein jetziger Standpunkt ist jedoch etwas unklar. Pandy sagt einerseits, dass die Wirkung der therapeutischen Methode durch die Steigerung der Bromwirkung bedingt ist, andererseits schreibt er wieder die ganze Wirkung der Suggestion zu. Ist denn die Steigerung der Bromwirkung eine Suggestion? Zu dieser Suggestionstheorie will der Vortragende nur bemerken, dass Schlöss Versuche mit verschiedener Diät anstellte. Warum war nur bei der chlorfreien Diät eine Verminderung der Anfälle zu constatiren? Und wenn die Suggestion das heilende Agens ist, warum blieb dann bei den Békésgyulaer Kranken Pándy's jede Wirkung aus? Haben diese Kranken so wenig Vertrauen zu der Heilkraft der bei ihnen angewendeten Therapie? Was den Fall von Bromvergiftung anbelangt, den P. erwähnt, so könnte es denn doch noch sehr bezweifelt werden, ob es sich in diesem beschriebenen Falle um eine wirkliche Bromvergiftung handelte oder nicht. Der Kranke nahm Jahre hindurch ohne jeden Schaden Brom, nun wird er für die Dauer von 13 Tagen einer gesteigerten Bromwirkung ausgesetzt. Nach 13 Tagen wird, weil der Puls auf 96 steigt, das Brom fortgelassen, nach 36 Tagen stirbt der Kranke trotz jeder Therapie, ohne Brom seit dem Auftreten der ersten Symptome auch nur gesehen zu haben — das kann ich, besonders ohne Section, durchaus nicht für einen sicheren Fall von Bromvergiftung ansehen.

Mit Herrn Primarius Salgó stimmt der Vortragende darin, dass aus einem Falle keine weitgehenden Schlüsse gezogen werden dürfen, vollständig überein, doch ist es zweifellos, dass wir die Experimente fortsetzen müssen, denn der rein negative Standpunkt hat noch keine Wissenschaft vorwärts gebracht.

(III. Sitzung. 27. October 1902).

Vorsitzender: Alexander Szabó, später Gedeon Raisz. Schriftführer: S. Teleky, Gustav Verubek.

11. M. Kende: Die Versorgung der Schwachsinnigen und Blödsinnigen in den verschiedenen Staaten Europa's.

Kende beweist durch Zahlen, wie lückenhaft und unvollkommen die Versorgung der Blödsinnigen selbst in Culturstaaten ersten Ranges ist; so erhalten in England, wo alle Geisteskranke entsprechend untergebracht sind, von 47000 Idioten nur 24000 Anstaltspflege; in unserem Vaterlande sind von 1900 Idioten beiläufig 150 entsprechend untergebracht. Dabei sind die meisten Anstalten von privatem Character und nehmen bloss zahlende Kranke auf, so dass gerade die Armen von der Pflege in einer Anstalt ausgeschlossen sind.

Durch entsprechende Institute kann ausserordentlich viel geleistet werden. Diese Institute sollen Verpflegsanstalten für unheilbare, der Bildung unzugängliche Idioten (75 %) und Lehranstalten und Aushilfsschulen für bildungsfähige Idioten sein, wo die Zöglinge sich nicht nur elementare Kenntnisse aneignen, sondern auch ein entsprechendes Handwerk erlernen können und damit haben wir nicht nur diese Unglücklichen versorgt, sondern es wird auch die durch die häusliche Pflege dieser Kranken gebundene Arbeitskraft frei, die beaufsichtigenden Angehörigen solcher Kranken können nun ihrer Arbeit nachgehen.

Discussion:

Lukács erwähnt wieder die von ihm propagirte Idee der „Idioten-Bewahr-Anstalten". Der Zweck dieser Institution wäre, die armen Idioten tagsüber zu unterrichten, zu pflegen, so dass sie gut versorgt wären, die Arbeitskraft der beaufsichtigenden Angehörigen frei würde, was für beide Theile von grossem Vortheile wäre.

12. Ludwig Hajós: Die wissenschaftliche Erkennung des normalen psychischen Habitus.

Die Psychiatrie beruht zwar auf psychologischer Basis und verfolgt psychologische Methoden, doch fehlt ihr die Kenntniss des normalen Seelenlebens. Das, was wir gewöhnt sind unter Psychologie zu verstehen, ist zum grössten Theile nichts anderes, als die philosophische Ausarbeitung subjectiver Daten, welche introspectiven Ursprunges sind. Die Aufgabe der Psychiatrie ist nicht nur, die Geisteskrankheiten zu constatiren, sondern auch zwischen normalem und pathologischem Geisteszustande zu unterscheiden. Darum kann sie auch die philosophische Psychologie, welche die inneren Beziehungen der psychischen Erscheinungen und nicht die äusserlichen Symptome derselben prüft, kaum als positive Grundlage gebrauchen. Es wäre eine dringende Nothwendigkeit, sowohl für die theoretische, als für die practische Psychiatrie, eine auf anthropologischer Basis aufgebaute Psychologie zu besitzen, welche Psychologie sich nicht so sehr mit der Lösung von Problemen, als mit der Beschreibung objectiv leicht zu prüfender Symptome des Seelenlebens beschäftigen würde.

Jedermann, nicht nur der Psychiater verfügt über eine gewisse, erfahrungsweise construirte Menschenkenntniss, welche jedoch sowohl beim Psychiater als bei dem Nichtpsychiater gleich unwissenschaftlich ist. Eine solche Menschenkenntniss ist nichts anderes als eine Anhäufung von mehr oder weniger Erfahrung in unserer Erinnerung und diese kristallisirt sich ihrem spontanen Ursprunge und ihrer autodidactischen Bearbeitung entsprechend niemals in ein disciplinirtes System, welches den Austausch der Daten ermöglichen würde, und so wird es zur Unmöglichkeit, allgemeingiltige Bilder zu entwerfen und Gesetze festzustellen.

(Schluss folgt.)

— Dem **Tropenkoller** will der österreichische Consular- und Gerichtsarzt in Cairo Dr. Hans Ritter v. Becker eine Stelle in der Reihe der anerkannten Geisteskrankheiten geben. Er geht von der Beobachtung aus, welche die Aerzte an den Mitgliedern der österreichisch-ungarischen Colonie in Cairo gemacht haben. Diese verfallen verhältnissmässig häufig geistigen Erkrankungen. Becker, der über seine Beobachtungen und Anschauungen auf dem medicinischen Congresse in Aegypten berichtete, bringt die gesteigerte Zahl der Geisteskrankheiten bei Europäern in den heissen Ländern in Beziehung zu Stoffwechsel-Störungen, die eine Folge des heissen Klimas sein sollen. Unter dem Einflusse dieser Stoffwechselstörungen soll es zur Bildung von Giften kommen, welche das Centralnervensystem und damit die Psyche schädigen. Solche Beeinflussung der Psyche durch Stoffwechselanomalien werde verständlicher, wenn man bedenke, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen Gelbsucht und Leberleiden bisweilen schwere Missstimmungen, ja Melancholie verursachen. In das Gebiet dieser Geisteskrankheiten in Folge Stoffwechselanomalien fällt nach Becker auch der Tropencoller, die folie morale tropicale. Die Aeusserungen des Tropencollers erwecken schon bei dem Laien den Verdacht, dass es sich dabei um etwas Krankhaftes handelt, um eine krankhafte Impulsivität und ein krankhaftes Darniederliegen der ethischen Anschauungen. In der Geschichte findet man eine Art alkoholischen Typ dieser Krankheitsform in Alexander dem Grossen, dessen Aufenthalt in den heissen Euphrat-Niederungen nach den Strapazen des indischen Kriegszuges in einer fast ununterbrochenen Kette von Thatsachen die Krankheitsgeschichte eines alkoholischen Tropenwahnsinnigen darbietet. Was durch das Clima und die Verhältnisse geschaffen wird, ist nach Becker aber nur die Disposition für die Tropencoller. Sodann folgt der unleugbare Einfluss der psychischen Tara; nur allzu häufig sind in der Beobachtungsreihe bereits in Europa moralisch minderwerthige havarirte Individuen, denen der Tropendienst zur letzten Ressource werden sollte. Um die Krankheit zum Ausbruch zu bringen, müssen noch Schädigungen hinzukommen. Sie sind in dem Alcoholmissbrauch, der Malaria, Dysenterie, in Ueberanstrengung, mangelhafter Ernährung, in psychischen Schäden, wie Vereinsamung, dem Gefühle grosser Verantwortlichkeit gegeben. „Der Character der Erkrankung im allgemeinen ist ein rapides Sinken des moralischen Urtheils und der einzelnen ethischen

Principien bei scharf pointirtem Selbstgefühl, das manchmal bis ins Prahlen und in Grossthuerei ausartet; launenhaften, eigensinnigen, sprunghaft wechselnden Stimmungen; auffallender Reizbarkeit, rohen, oft unmotivirten Gewaltacten ohne merkliches Sinken der Intelligenz, ja häufig bei gesteigerter Beobachtungsgabe und regerer Auffassung. Der Zornausbruch wird zur lange dauernden Gleichgewichtsstörung etc. Reissen sie einen solchen Kranken aus seinem tropischen Milieu, so finden sie ihn — wie ich es selber gesehen — vielleicht als simplen Alcoholiker beim „Apperitif" oder beim Stammtisch, ja selbst im Gesellschaftsanzug beim Diner als angenehmen Causeur — möglicherweise ein bischen selbstbewusst, vielleicht auch ein wenig Tartarin der Löwenjäger — häufig sogar still und zurückgezogen. Die ihm zur Last gelegten Brutalitäten sind sämmtlich Folgen von Umständen, an die er sich meistens nicht präcise erinnert, die aber die Sache unumgänglich nothwendig erscheinen liessen — „übrigens sei Alles der Form nach gesetzlich geschehen" („Kriegsgericht", „standrechtliche Massregel", „wohlgemeinte nothwendige Züchtigung" etc.). Nimmt man alle Symptome zusammen: die Entwerthung der ethisch-moralischen Grundsätze, die vermehrte Impulsivität, den Affectchoc, die verfeinerte Beobachtungsgabe etc., so erhält man das Bild einer atavistischen Form des Irrsinns." Dr. von Becker will, dass bei der Beurtheilung von Vergehen und Verbrechen, die von Europäern in heissen Ländern verübt werden, ein anderer Massstab angelegt werden solle, als im Mutterlande von Alters her Brauch ist. Einer der angesehensten Tropenhygieniker, Plehn, wies schon eindringlich darauf hin, dass die Aeusserungen des Tropencollers oft genug nichts anderes als acute Ausbrüche von chronischem Alcoholismus sind.

Referate.

— R. v. Krafft-Ebing. Psychosis menstrualis. 112 S. Stuttgart, F. Enke.

Der berühmte Wiener Kliniker sendet damit die erste Arbeit aus seinem Grazer Tusculum, ein Beweis, dass er das gewählte Otium nicht ohne litterarische Bethätigung sich denken kann.*) Hier beschäftigt er sich in Form einer klinisch-forensen Studie mit der wichtigen Rolle, welche die Menstruation im Nerven- und Geistesleben des gesunden und kranken Weibes einnimmt. Ein geschichtlicher Rückblick über die Arbeiten der wichtigsten Autoren auf diesem Gebiete führt in das Thema ein.

Sodann findet — 1. die primordiale menstruelle Psychose ihre klinische Darstellung; dieselbe ist als eine Pubertätspsychose bei erblich Belasteten aufzufassen, die im Anschlusse an die erste Ovulation einsetzt und gewöhnlich nach einer Reihe (4—13) von Anfällen von je 1—2 Wochen Dauer in Genesung übergeht.

2. Die Ovulationspsychose, die häufigste und wichtigste Form, die sowohl als einzelner Anfall als auch, und zwar viel häufiger, als recidivirende und periodische Form vorkommt. Ersterer trägt den Character des transitorischen Delirs mit starker Bewusstseinsstörung und Amnesie und lässt ihre Auffassung als eines Aequivalents der Hysterie, Epilepsie oder Neurasthenie zu. Als prädisponirende Ursachen der recidivirenden und periodischen Ovulationspsychose spielt die erbliche Belastung und die Anlage des Centralnervensystems die grösste Rolle. Interessant ist ihr Auftreten auch nach Cessiren der Menses, im Climacterium. Erkrankungen der Genitalien waren nur selten für die Aetiologie beizuziehen. Temporär, d. h. für den einzelnen Anfall ist der Schwerpunct auf die bedeutende, über die auch physiologisch nachgewiesene, weit hinausgehende Erregbarkeitssteigerung des Gehirns und der Nerven, besonders auch der vasomotorischen, während des praemenstrualen Abschnitts der Welle zu legen. So kommen sowohl manische (der Wallungshyperämie entsprechende), wie melancholische (der Gehirnanämie entsprechende) Krankheitsbilder zustande. Der Eintritt der Psychose war von 54 Fällen praemenstruell 28, menstrual 19 und postmenstrual 8 mal; bei demselben Individuum kann hierin aber im Verlaufe der Psychose ein Abwechseln vorkommen. Die Dauer der Anfälle wechselt zwischen 5 Tagen und 2 Wochen. Ausbruch und Abfall sind meist brüsk. Die Manie wiegt vor (34 von 54 Fällen); des weiteren kommen vor: Melancholie, Dipsomanie, Paranoia; degenerative Zeichen jeder Art prägen sich im Verlaufe vielfach deutlich aus. Die Gesammtprognose ist keine ungünstige; von 36 Fällen liefen 25 in Genesung, 11 in geistige Schwäche aus. Gravidität unterbricht oder heilt die Krankheit; das Climacterium kann die Genesung bringen. In der Therapie wird das Brom, weil die Herabsetzung der gesteigerten Gehirnerregbarkeit bewirkend, in Gaben nicht unter 6 gr. vor Eintritt der Menses als das beste präventive Mittel gepriesen. Es bewährt sich besonders bei den manischen Fällen. Für die Kastration wird die Indication gestellt, dass jede andere Cur wirkungslos war und mehr als 15 Anfälle nach längst abgeschlossener Pubertät erfolgt sein sollen.

3) Die epochale Menstruationspsychose, wie sie von Schüle als besondere Form aufgestellt worden ist, d. h. circuläre Psychosen, die praemenstrual beginnend, vor und nach dem Intermenstrum ihren Zustandscharacter ändern und so neben der biologischen eine psychopathische Wellenbewegung aufweisen. Wichtig sind hier die luciden Intervalle, die mitunter den einen Cirkel vom andern scheiden.

Als wichtiges Schlusscapitel wird dann die forense Bedeutung der Menstruationsvorgänge sowohl beim gesunden Weibe, als beim psychopathischen, als besonders bei den hier dargestellten Menstrualpsychosen dargestellt und die Berücksichtigung dieses Moments aufs dringendste empfohlen. Gesteigerte Reizbarkeit, pathologische Affecte, Zwangshandlungen werden durch die Menses hervorgerufen. Selbstmord, Brandstiftung, Mord, besonders häufig der eigenen Kinder,

*) Allzufrüh ist unterdessen der hervorragende Mann einem reichen Schaffen durch den Tod entrissen worden.

Diebstahl sind der Ausdruck und Ausbruch der krankhaften Gehirnthätigkeit. Die zum Schlusse aufgestellten Thesen für die strafgerichtliche Untersuchung weiblicher Inculpaten sind durchaus gerechtfertigt und beherzigenswerth, damit dem Momente der Menstruation und seiner Einwirkung auf das Seelenleben des Weibes die gebührende Beachtung in der Rechtsprechung werde.

Eine grosse Reihe von sehr lehrreichen Krankengeschichten bereichern die werthvolle Monographie.

Max Fischer.

— Hoche. Die Freiheit des Willens vom Standpunct der Psychopathologie (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens Heft XIV. Wiesbaden. 1902).

Verfasser geht von der Thatsache aus, dass die Elemente des psychischen Geschehens beim Geisteskranken dieselben sind, wie beim Geistesgesunden, wie er auch im Einzelnen nachweist, und wendet die von medicinischer Seite in der Psychopathologie gemachten Erfahrungen zu einer Analyse des Begriffs der Willensfreiheit an.

Die Erörterungen des in der Criminalpsychologie und gerichtlichen Psychiatrie so erfahrenen Autors sind um so werthvoller, als ihnen auch eine Anzahl weiterer, interessanter psychologischer Bemerkungen eingestreut sind. Bei einer Analyse des Freiheitsbegriffes scheidet er zunächst die Einschränkung der Freiheit der Entschliessung durch äussere Mittel und durch „inneren Zwang“ (z. B. drohende Todesgefahr) aus der Besprechung aus. Das Problem der Willensfreiheit besteht vielmehr in der Frage, ob wir bei irgend einer beabsichtigten Handlung vollkommen frei sind in der Wahl der Motive (psychologische Freiheit) und ob die eine Entscheidung in dieser Wahl herbeiführenden psychischen Vorgänge, die dazu nöthigen Vorstellungen und Urtheile, unabhängig von dem sonst allgemein giltigen Causalitätsgesetze verlaufen (causale Freiheit). Die älteren philosophischen Theorien darüber werden kurz erwähnt, namentlich die Kant-Schoppenhauer'sche Lehre vom intelligiblen Character. Verfasser aber kommt hauptsächlich auf Grund psychopathologischer Thatsachen zu einer Verwerfung des Begriffes der Willensfreiheit, worin ihm die meisten heutigen Psychiater zustimmen werden.

Verfasser zeigt nun, wie sehr die jeder Willenshandlung vorausgehenden psychischen Vorgänge sowohl inhaltlich als formal tief begründet sind in individuell verschiedenen, intellectuellen und gefühlsmässigen Vorgängen, deren Gesammtheit eben den Character des Einzelnen bedingen und über die wir, da sie theils angeboren, theils anerzogen sind, nicht hinauskommen. Bei diesen Erörterungen werden eine Anzahl Begriffe in einer auch für Laien verständlichen Weise erörtert.

Wenn trotz dieser engen causalen Abhängigkeit jeder einzelnen Willensentschliessung von dem individuellen Character vielfach das Problem der Willensfreiheit aufrecht erhalten wird, so wird dies vom Verfasser darauf zurückgeführt, dass unsere meisten Willenshandlungen von einem lebhaften Freiheitsbewusstsein begleitet sind. Eine Analyse des letzteren, das sich aus einem verstandesmässigen und einem gefühlsmässigen Theil zusammensetzt, und die Thatsache, dass es sich auch bei psychopathologischen Zuständen findet, wo doch sicher der Wille unfrei ist, ergibt aber, dass das Freiheitsbewusstsein nicht zum Beweiss für das Bestehen der Willensfreiheit herangezogen werden kann. Es beweist höchstens, dass bei der Abwägung der Motive der Ablauf der geistigen Vorgänge nicht wesentlich beeinträchtigt war, dass also die psychologische Freiheit vorhanden war. Endlich wird betont, dass die Annahme einer Willensfreiheit unvereinbar ist mit der jetzt am meisten anerkannten Hypothese des psychophysischen Parallelismus; denn wenn man zugiebt, dass der materielle Ablauf aller Vorgänge sich nach dem Causalitätsgesetz vollzieht, so muss man dies auch der anderen, immateriellen Seite des geistigens Geschehens zubilligen. Dass durch den Wegfall der Willensfreiheit unser persönliches Handeln und unser Verhältniss zur Ethik nicht verändert wird, dass dagegen die mit dem freien Willen rechnenden Strafrechtstheorien Schiffbruch leiden müssen, sind weitere Folgerungen, auf die Verfasser nur vorübergehend hinweist.*)

(Weber-Göttingen).

— Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 36 Heft 1.

Neisser (Lublinitz). Beitrag zur Aetiologie der periodischen Psychosen.

Verfasser berichtet zunächst über einen Fall von periodischer Psychose im Anschluss an einen Schlaganfall, dann über einen solchen, bei welchem Krämpfe in der Kindheit aufgetreten waren, und bestätigt damit die Angaben von Pilcz, welcher als neuen ätiologischen Factor für die Auslösung periodischer Psychosen organische cerebrale Erkrankungen („Hirnnarben“) aufgedeckt hat und welcher fand, dass periodisch Kranke in ihrer Kindheit sehr häufig cerebrale Leiden durchgemacht haben („Fraisen, Gehirnhautentzündung“ etc). Ferner erwähnt Verf. kurz das Vorkommen einer circulären Psychose bei einem Patienten, der einige Jahre zuvor von einem Blitzstrahl getroffen worden war, und macht schliesslich unter Mittheilung einer Krankengeschichte auf eine kleine Gruppe von periodischen Psychosen aufmerksam, welche unmittelbar nach einem Trauma auftreten, als Erregungszustände in Einzelanfällen verlaufen und scheinbar eine günstige Prognose bieten.

Arnemann, Gross-Schweidnitz.

*) Dass auch die Criminalrechtspflege ohne den Begriff der Willensfreiheit auskommt und dass mit der Verwerfung desselben die Grundlagen des heutigen Strafrechts nicht alterirt werden, hat kürzlich in einem Vortrag in der Göttinger psycholog.-forens. Vereinigung Professor Dr. jur. v. Hippel ausgeführt. (Siehe Sitzungsbericht in dieser Nummer.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 45. 7. Februar. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger.

Von k. k. Regierungsrath Director Dr. *Josef Krayatsch*, Mauer-Oehling (Niederösterreich).

(Fortsetzung.)

II.

Anstaltsthätigkeit vom Jahre 1896 bis zum Jahre 1901.

Die Aufnahms- und Leistungsfähigkeit der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder war durch ihren Belagraum und ihre Organisation in enge Grenzen gewiesen und konnte den besonders durch die feierliche Eröffnung der Anstalt am 17. August 1896 in der Oeffentlichkeit rege gewordenen und gesteigerten Nachfragen um Aufnahme schwachsinniger Kinder aus der Provinz kaum gerecht werden. Aus diesem Grunde mussten die Aufnahmsgesuche aus den anderen Provinzen Oesterreichs und aus anderen Staaten — Ungarn, Rumänien, selbst aus der Türkei unberücksichtigt bleiben. Besonders rege waren die Nachfragen nach Unterbringung epileptischer, im schulpflichtigen Alter stehender Kinder, welche wegen der bestehenden, den öffentlichen Unterricht störenden Krampfanfälle vom Schulbesuche enthoben wurden, jedoch mangels eines schulplanmässigen Unterrichtes in der Kinderanstalt, nicht aufgenommen werden konnten. Dessen ungeachtet war die Thätigkeit der in der Kinderanstalt in Verwendung stehenden Angestellten eine sehr segensreiche, wie aus den Jahresberichten des niederösterreichischen Landesausschusses über diese Zeitperiode in erziehlich-pädagogischer, ärztlicher und administrativer Richtung zu entnehmen ist.

Seit der Eröffnung der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder am 17. August 1896 bis zum Ende Juni 1901 wurden 242 Knaben und 191 Mädchen aufgenommen.

Tagesordnung.

Zeit	Sonn- und Feiertage	Zeit	Wochentage.
4	wie an Wochentagen	4	Glockenzeichen 4 Uhr der Nachtwache zum Aufstehen der Schwestern.
½6—½7	wie an Wochentagen	½6—½7	Aufstehen der Pfleglinge, Waschen, Haarmachen, Zahnpflege, Ankleiden.
½7	wie an Wochentagen	½7	Glockenzeichen ½7 Uhr. Morgenandacht und Frühstück der Pfleglinge im Speisesaal, Frühstück der Pflegebedürftigen auf ihren Abtheilungen, Frühstück der diensthabenden Schwestern mit den Kindern im Speisesaale und auf der Pflegeabtheilung, das der dienstfreien im Refektorium nach dem Gottesdienste.
7—8	wie an Wochentagen	7—8	Bettmachen, Säuberung und Lüftung der Abtheilungen, Waschen der Gänge.
8—9	Gartenbesuch oder Spiele im Tagraum	8—9	Kindergarten, Beschäftigung, Gartenbesuch, Spiele vide Stundenplan.
9—½10	Zweites Frühstück nach dem Gottesdienste	9—½10	Zweites Frühstück.
½10—½11	wie an Wochentagen	½10—½11	Kindergarten, Beschäftigung, Gartenbesuch, Spiele, Bad vide Badeordnung.
½11—11		½11—11	Decken der Tische, Aufenthalt der Pfleglinge in den Tagräumen.
11—½12		11—½12	Glockenzeichen 11 Uhr. Mittagessen der Pfleglinge der Beschäftigungsabtheilung im Speisesaale, der Pflegebedürftigen auf den Abtheilungen
½12—12		½12—12	Vor und nach dem Essen kurzes Tischgebet, Waschen des Mundes, Abräumen der Tische, Aufenthalt der Pfleglinge in den Tagräumen.
12—½1		12—½1	Glockenzeichen 12 Uhr. 1. Abtheilung d. Schwestern.
½1—1		½1—1	Glockenzeichen 12 Uhr. 2. Abtheilung d. Schwestern. Inzwischen Ueberwachung der Pfleglinge.
1—2		1—2	Säuberung des Geschirres, Gartenbesuch, Bewegungsspiele.
2—3	Gottesdienst — Freizeit	2—3	Kindergarten, Beschäftigung, Gartenbesuch.
3—½4	wie an Wochentagen	3—½4	Glockenzeichen 3 Uhr. Jause der Pfleglinge im Speisesaale oder im Garten der Pflegeabtheilungen.
½4—4		½4—4	Aufenthalt der Pfleglinge im Garten, inzwischen Jause der Schwestern abwechselnd im Refektorium.
4—½6	Gartenbesuch Spaziergänge, Spiele im Tagraum	4—½6	Gartenbesuch, Spiele im Tagraum oder Garten.
½6—6	wie an Wochentagen	½6—6	Glockenzeichen ½6 Uhr. Abendessen der Pfleglinge im Speisesaale und in den Pflegeabtheilungen.
6—½7		6—½7	Herrichten der Schlafräume, Schlafengehen der Pflegebedürftigen und kleinen Pfleglinge.
½7—½8		½7—½8	Aufenthalt der erwachsenen Pfleglinge im Tagraum, Abendessen der Schwestern in 2 Gruppen im Refektorium.
½8—½9		½8—½9	Schlafengehen der erwachsenen Pfleglinge, Erholung der Schwestern.

Auszug aus der provisorischen Hausordnung.

Aerztliche Visite. Die ärztliche Visite findet zwischen 9 und 11 Uhr statt. Plötzliche Erkrankungsfälle sind dem Journalarzte, besondere Ereignisse nebst Alarmirung der Hausdiener durch das elektrische Alarmsignal dem Direktor und Verwalter telephonisch zu melden; bei dem Ausbruche eines Brandes ist nach den Bestimmungen der Feuerlöschordnung vorzugehen.

Bad. Jeder Pflegling erhält wöchentlich ein Reinigungsbad im Centralbade. Die Reihenfolge regelt die Badeordnung. Die Pflegebedürftigen werden nach ärztlicher Anordnung unter Umständen auch täglich in den kleinen Badestuben gebadet.

Kindergarten und Beschäftigung regelt der Stundenplan. Die Pflege der Kinder durch die Schwestern wird im Allgemeinen durch den Unterricht, im Besonderen durch eine kurze Pflegebelehrung bestimmt.

Besuchsordnung. Die Pfleglinge können nur im Besuchszimmer gegen Vorweis der Eintrittskarte besucht werden.

Besuchsstunden. Wochentags 1—5 Uhr Nachmittags. Sonntags $^1/_2$ 10—$^1/_2$ 12 Uhr Vormittags und 1—5 Uhr Nachmittags. Die Besucher und Pfleglinge werden durch die Pförtnerin überwacht. Die Besuche von Pfleglingen in den Schlafsälen und im Krankenzimmer bedürfen der besonderen Erlaubniss des Direktors. Die Bereitung und Verabreichung der Speisen, sowie die Gebarung mit der Kleidung und Wäsche, endlich die Handhabung der Heizung, der Ventilationsanlage werden durch besondere Vorschriften geregelt.

Da zur Zeit eine allgemein anerkannte Eintheilung der verschiedensten Krankheitsformen der psychischen Schwächezustände im Kindesalter auf Grund gleicher pathologisch anatomischer Befunde noch nicht möglich ist, so wurden jene versuchsweise, wie folgt, eingeteilt:

A. Idiotie:
 I. alle nicht bildungsfähigen.
B. Schwachsinn höheren Grades:
 II. alle erziehungsfähigen.
 III. alle beschäftigungsfähigen.
C. Schwachsinn:
 IV. alle unterrichtsfähigen Kinder.

Zur Idiotie gehören alle Formen, welche nach Schüle die Attribute des idiotischen Blödsinnes und des hochgradigen, nicht bildungsfähigen Schwachsinnes besitzen, demnach nicht bildungs- bezw. nicht erziehungsfähig sind.

Zum Schwachsinn höheren Grades gehören alle hauptsächlich bildungs- bezw. erziehungsfähigen Formen, deren Träger Nachahmungstrieb zeigen, sich ankleiden und waschen lernen, sich geordnet verhalten, selbst essen, Neigung zur Geselligkeit und zum Spielen besitzen, sich auch etwas sprachlich oder durch Zeichen verständlich machen können und im Stande sind, zusammengesetzte Arbeiten im Kindergarten und in verschiedenen Beschäftigungszweigen zu erfassen.

Zum einfachen Schwachsinn gehören alle Schwachsinnsformen, deren Träger unterrichtsfähig sind.

III.

Fachlich statistischer Theil für die Zeit von der Eröffnung der Anstalt vom 17. August 1896 bis Ende Juni 1901.

Tabelle I.

Zahl der Schwachsinnigen geordnet nach Diagnosen und Complicationen:

Diagnose	Zahl		Complicirt mit: Epilepsie		Chorea		Taubstummheit		Schwerhörigkeit		Moralischer		Form: anergetische		erethische		Cretinismus und mongoloider Typus		Blindheit		ohne Complicationen		Summa	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	105	77	16	17	2	5	1	—	—	—	—	—	24	19	38	27	3	—	4	1	17	8	105	77
Schwachsinn höheren Grades	59	55	9	18	1	3	5	2	—	4	—	—	12	9	27	13	4	5	1	1	—	—	59	55
Schwachsinn . . .	78	59	9	6	6	2	14	9	11	9	2	2	21	20	14	10	—	—	1	1	—	—	78	59
Summa	242	191	34	41	9	10	20	11	11	13	2	2	57	48	79	50	7	5	6	3	17	8	242	191

Tabelle II.

Zahl der Schwachsinnigen geordnet nach den Diagnosen im Verhältnisse zur Nichtbildungs-, Bildungs-, Beschäftigungs- und Unterrichtsfähigkeit.

Diagnose	Zahl		Nichtbildungsfähig I		Bildungsfähig II		Beschäftigungsfähig III		II, III und Unterrichtsfähig IV		Summe	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	105	77	105	77	—	—	—	—	—	—	105	77
Schwachsinn höheren Grades	59	55	—	—	38	22	21	33	—	—	59	55
Schwachsinn . . .	78	59	—	—	—	—	—	—	78	59	78	59
Summe:	242	191	105	77	38	22	21	33	78	59	242	191
	433											

Tabelle III.

Zahl der Schwachsinnigen im Verhältnisse zur erblichen Belastung.

Diagnose	Zahl		Geisteskrank oder nervenkrank: Vater		Mutter		Geschwister		Grosseltern		Seitenverwandte		Potatoren: Vater		Mutter		Ohne nachgewiesene erbliche Belastung		Summa	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	105	77	8	7	9	3	6	7	4	1	8	7	7	7	3	—	60	45	105	77
Schwachsinn höheren Grades	59	55	7	4	5	4	1	3	1	2	11	4	7	5	2	—	25	33	59	55
Schwachsinn . . .	78	59	13	4	12	12	1	3	2		6	5	9	7	1	2	34	26	78	59
Summe:	242	191	28	15	26	19	8	13	7	3	25	16	23	19	6	2	119	104	242	191
	433																			

Tabelle IV.

Krankheitsursachen.

Diagnose	Zahl		Frühgeburt		Künstl. Hilfe bei der Geburt		Eklampsie		Essentielle Kinderlähmung		Trauma		Rhachitis		Pertussis		Hydroceph.		Mikrocephalie		Blutsverwandtschaft		Lues heredit.		ohne		Summe	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	105	77	—	1	14	7	40	31	20	13	1	2	15	9	4	3	7	5	1	2	2	2	1	—	—	2	105	77
Schwachsinn höheren Grades . .	59	55	2	1	6	2	21	19	5	7	2	4	12	3	—	2	2	1	1	1	1	—	—	—	7	15	59	55
Schwachsinn . .	78	59	2	1	4	6	23	12	7	2	2	3	22	8	3	3	1	—	—	—	—	1	—	1	14	22	78	59
Summe:	242	191	4	3	24	15	84	62	32	22	5	9	40	20	7	8	10	6	2	3	3	3	1	1	21	39	242	191

Tabelle V.

Arten des Abganges.

Diagnosis	Abgangszahl		häusl. Pflege		Bildungsanstalt		Besserungs-anstalt		Colonie Haschhof		Irrenanstalt		Idioten-Abteilung		Armen-versorgung		gestorben		Blinden-Institut		Summa	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	68	22	4	4	—	—	—	—	—	—	1	2	57	—	1	4	5	12	—	—	68	22
Schwachsinn höheren Grades	28	30	5	10	3	—	—	—	1	—	4	5	14	—	—	12	1	3	—	—	28	30
Schwachsinn . . .	45	46	11	13	28	24	2	—	3	—	—	—	—	—	—	7	1	1	—	1	45	46
Summa:	141	98	20	27	31	24	2	—	4	—	5	7	71	—	1	23	7	16	—	1	141	98

Tabelle VI.

Todesursachen.

Status epilepticus		Marasmus		Lungenentzündung		Tuberkulosis		Darmkatarrh		Herzfehler	
K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
1	3	1	1	1	2	2	7	—	1	2	2

Tabelle VII.

In Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder geordnet nach dem Intelligenzgrade.

Diagnosis	Im Jahre 1899 verpflegt		I. Pflegebedürftig		II. theils bildungsfähig III. theils beschäftigungsfähig		IV. unterrichtsfähig		Summe	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Idiotie	117	54	117	54	—	—	—	—	117	54
Schwachsinn höheren Grades	53	64	—	—	53	64	—	—	53	64
Schwachsinn	114	63	—	—	—	—	114	63	114	63
Summe:	284	181	117	54	53	64	114	63	284	181
	465								465	

Ueber jeden Pflegling und Zögling wird eine genaue Pflege- bezw. Erziehungsgeschichte geführt, dieselbe mit einem Status somaticus und psychicus praesens eingeleitet und dabei Körpergrösse, Gewicht und alle regelwidrigen organischen Aenderungen verzeichnet. Eine alle 2 Monate vorgenommene Wägung und alljährlich vorgenommene Messung der Körpergrösse unterstützen die ärztliche Ueberwachung des allgemeinen Ernährungszustandes und des Wachsthums. In den Erziehungsgeschichten werden ferner alle auf

die Pflege, Erziehungs-, Beschäftigungs- und Unterrichtsversuche gemachten Beobachtungen und die krankhaften Veränderungen verzeichnet.

Die mehr dem practischen Bedürfnisse Rechnung tragende und an der Hand der Erziehungsgeschichten verfasste Zählung der bisher in der Anstalt verpflegten Kinder nach dem Geschlechte, dem Intelligenzgrade und den verschiedenen Complicationen schafft allein sichere Grundlagen, auf welchen der Entwurf die Organisation einer zu erbauenden Erziehungs- und Pflegeanstalt für schwachsinnige Kinder unter Berücksichtigung der Pflege, der Erziehung, der Beschäftigung, des Unterrichtes, im Verhältnisse zum Belagraume beruhen.

Die Tabelle I zählt die 433 Kinder nach dem Geschlechte, dem Intelligenzgrade und den Complicationen. Wir lernen die Letzteren kennen, um uns derselben bei der Gruppirung der Kinder hinsichtlich der Pflege, Ueberwachung, der Erziehung und des Unterrichtes zu bedienen.

In erster Linie sind es die mit Epilepsie und Chorea behafteten Kinder, in Summa 43 Knaben und 15 Mädchen, welche, abgesehen von dem Grade der Intelligenz und der besonderen Charactereigenschaften, wegen der periodisch wiederkehrenden Krampfanfälle eine besondere Pflegeart bei Tag und Nacht in Anspruch nehmen und daher eine eigene Gruppirung für die Pflege und Erziehung nothwendig machen.

Die taubstummen Pfleglinge, 20 Knaben und 11 Mädchen, bedürfen wegen der eigenartigen Erziehung und des Unterrichtes eine separate Behandlung durch geschulte Erzieher und Lehrer und müssen wegen ihrer gemeinsamen Bestrebungen und Uebungen im Verkehre eine selbständige Gruppe für sich bilden.

Eine Gruppe von Kindern, die der Schwerhörigen, 11 Knaben und 13 Mädchen, erregte bald die Aufmerksamkeit der Aerzte und Lehrkräfte durch ihre besonderen guten Fortschritte. Sowohl die vorgenommene Intelligenzprüfung, als auch die geistige Entwickelung erbrachten den Nachweis, dass es sich in den meisten Fällen mehr um eine Ignoranz, als um eine schwere geistige Abschwächung gehandelt hat, da die Kinder im Laufe ihrer Lebensjahre jene Eindrücke entbehren mussten, welche durch das Gehör vermittelt, deren Wissensschatz bereichern sollten, und deshalb in der geistigen Entwickelung ihren Geschwistern und Mitschülern gegenüber zurückgeblieben sind. In der Schule werden sie wegen ihres Verhaltens verspottet, und in die Taubstummenschule wegen der allerdings verminderten Hörfähigkeit nicht aufgenommen. Ein mehr das Individuum berücksichtigender Einzelunterricht ist bei den Schwerhörigen von grösstem Vortheil und wird so manchen zu einer tüchtigen Arbeitskraft erziehen.

Die Eintheilung der Schwachsinnsformen in apathische und erethische giebt Anhaltspunkte für die Gruppierung der Kinder nach erziehlichen Grundsätzen, da unter den erethischen Kindern der gesteigerte Bewegungsdrang und die Neigung zu sexuellen Ausschreitungen häufiger zur Beobachtung gelangen und eine besondere Ueberwachung erheischen.

Die Zählung der Cretinen und der Schwachsinnsformen mit mongoloiden Typus und der Blinden ist nothwendig aus ärztlichen und pädagogischen Gründen.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Tab. II, welche die 433 schwachsinnigen Kinder nach dem Geschlechte, dem Grade der Intelligenz, der Nichtbildungs-, Bildungs- oder Erziehungsfähigkeit, Beschäftigungs- und Unterrichtsfähigkeit zählt; die genau erhobenen Ziffern geben sichere Anhaltspunkte für die Zahl der Pflege- und Erziehungsgruppen, für die Grösse der Schul- und Arbeitszimmer. Die Tabellen III und IV berücksichtigen die Zahl der Krankheitsursachen, der beobachteten Krankheitsformen und die der erblich belasteten Träger der Letzteren. Die betreffenden Erhebungen wurden von den Haus- und Gemeindeärzten gelegentlich der Ausstellung des ärztlichen Fragebogens gepflogen, welchen die Angehörigen dem Aufnahmsgesuche anzuschliessen haben. Diese Erhebungen dürften so manche Lücken aufweisen, weil die Angehörigen oft Grund genug haben, Unangenehmes zu verschweigen. Um so auffälliger sind demnach die Ziffern, welche dennoch die Zählung der erblich belasteten Kinder und der verschiedenen Krankheitsursachen erbracht hat.

Unter den Grosseltern, Eltern, Geschwistern und Seitenverwandten der 433 Kinder befanden sich 152 nerven- oder geisteskranke Personen und ausserdem 42 trunksüchtige Väter und 8 trunksüchtige Mütter, in Summa 40 %.

Bei 146 Kindern wird die Eclampsie, bei 80 die Rhachitis, bei 15 der Keuchhusten, bei 16 der Hydrocephalus als Krankheitsursache erwähnt. Es wird wiederholt ärztlich hervorgehoben, dass die Infectionskrankheiten bei rhachitisch und neuropathisch veranlagten Kindern den Ausbruch der Eclampsie veranlasst haben.

In 45 Fällen war es die essentielle Kinderlähmung, welche in den meisten Fällen eine schwere Verblödung mit irreparabler motorischer Störung, welche die befallenen Kinder meist zu den pflegebedürftigsten Geschöpfen macht, zur Folge hat.

In 7 Fällen werden die Frühgeburt, in 39 Fällen die operative Hilfe bei behindertem Geburtsverlaufe

als Krankheitsursachen angeführt. Ob der mechanische Insult z. B. durch die Zange, oder die Asphyxie die schwere Schädigung des Gehirnes verschuldet, kann wohl heute noch nicht einwandfrei beantwortet werden.

Die V. Tabelle bringt die Arten des Abganges und hiermit die ziffernmässige Bestätigung der Leistungsfähigkeit der Anstalt.

In die häusliche Pflege wurden 45 Kinder genommen, darunter zumeist Kinder des einfachen Schwachsinns, welche wegen ihrer Beschäftigungsfähigkeit zu Hause Verwendung finden konnten. Einzelne Eltern nahmen die Kinder deshalb heraus, weil diese keine Fortschritte machten. 54 Kinder konnten wegen erhobener Unterrichtsfähigkeit in die Bildungsanstalten in Biedermannsdorf und in Bruck a. M., übersetzt werden, in welchen ein schulplanmässiger Unterricht organisirt ist.

Zwei Knaben kamen wegen ihrer Eignung in Besserungsanstalten und ein Mädchen in die Landesblindenschule. Mangels geeigneter Pflegeplätze für nichtbildungsfähige Knaben wurde eine Idiotenabtheilung im allgemeinen Krankenhause in Mödling eröffnet und 71 Knaben dahin übersetzt. Ausserdem kamen wegen deren besonderen Verhaltens 24 Kinder in Armenversorgung und 12 in die Irrenanstalt.

Mit der Eröffnung der niederösterreichischen Landescolonie Haschhoff am 16. März 1899 wurde es möglich, solche Knaben, welche nach erreichtem 16. Lebensjahre nicht mehr in den Rahmen der Kinderanstalt gehören, aber sonst die Eignung zu einer landwirthschaftlichen Beschäftigung nachweisen und doch nicht in der Lage waren, selbständig einem Erwerbe nachgehen zu können, in dieselbe behufs Erziehung zu landwirtschaftlichen Hilfsarbeiten zu übersetzen.

In der Colonie Haschhof befinden sich zur Zeit 4 ehemalige Pfleglinge der Kinderanstalt und sind in diesem Berufe recht verwendbar. Die Colonie und Familienpflege in Mauer-Oehling wird auch weibliche Pfleglinge dieser Categorien zu übernehmen im Stande sein.

Während der 5 Jahre starben 22 Kinder, das sind 5 %, darunter 9 an Tuberculosis, welche die Krankheit bei ihrer Aufnahme bereits nachweisen liessen.

Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass unter den Letzteren sich Idioten mit mongoloidem Typus befanden.

(Schluss folgt.)

Ein wichtiger Moment in der Entwickelung der Fürsorge für Trunksüchtige.

Durch die Tagespresse ging in dieser Woche die Nachricht, dass dem Bundesrath eine Novelle zum Krankenversicherungsgesetz zugegangen sei. Durch diese Novelle soll die Zeit der Krankenunterstützung auf 26 Wochen und ebenso die Unterstützungsdauer nach einer Entbindung auf 6 Wochen erhöht werden. Ferner fallen die Vorschriften fort, welche die Gewährung einer Krankenunterstützung bei Geschlechtskrankheiten bisher ausschliessen. Wenn diese Vorlage des Reichsamts des Inneren, woran nicht gezweifelt werden kann, die Zustimmung des Bundesraths finden sollte, so wird hierdurch die Lücke, welche zwischen dem Ende der Kranken- und dem Beginn der Invalidenunterstützung bisher lag, ausgefüllt und gleichzeitig eine Bestimmung beseitigt, welche in unbegreiflicher Verkennung der öffentlichen Gesundheitspflege und aus überlebten Auffassungen heraus die Geschlechtskranken von den Wohlthaten der Krankenunterstützung ausschloss. „Unzweifelhaft — so heisst es in der anscheinend officiösen Auslassung — dürfte es Pflicht des Reichstages sein, dieses Gesetz mit seinen allseitig freudig zu begrüssenden, bedeutsamen socialen Fortschritten noch in dieser Session zu verabschieden."

So sehr wir auch vom psychiatrischen Standpunkt wegen der vielfachen Folgen mangelhaft behandelter Syphilis die obligatorische Einbeziehung der Geschlechtskranken in die Krankenversicherung begrüssen können, ebenso sehr müssen wir in dieser Ankündigung die Wegräumung der gleichfalls veralteten Sonderstellung der Trunkfälligen vermissen. Nach § 6a Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes braucht jetzt die Kasse Krankenunterstützung auch denen nicht zu gewähren, welche „sich eine Krankheit durch Trunkfälligkeit zugezogen haben."

Diese Bestimmung muss unseres Erachtens gleichfalls fallen. Wird auch sie durch die neue Novelle beseitigt, so ist durch die gesetzliche Verpflichtung der Kasse, welche nunmehr für ein halbes Jahr obligatorisch wird, eine financielle Basis für die Behandlung der Trunksüchtigen gewonnen, wie wir sie in jahrelangen Bestrebungen kaum haben erhoffen dürfen. Es bleibt dann nur die Errichtung der An-

stalten zu regeln übrig. Wie viel leichter werden sich dann auch öffentliche Verbände (Provinz, Landesversicherungsanstalt) zur Errichtung solcher Anstalten entschliessen, wenn die Bezahlung der Verpflegung der Kranken für ein halbes Jahr gesichert ist.

Es wird danach Sache der Irrenärzte sein, in der anscheinend sehr knapp bemessenen Frist, innerhalb welcher die neue Novelle verabschiedet sein soll, für die Einbeziehung der Trunksüchtigen in die Gesetzesnovelle zu wirken.

Eine wesentliche Mehrbelastung der Krankenkassen würde dadurch nicht herbeigeführt werden, da bekanntlich die meisten der durch Trunkfälligkeit entstandenen Krankheiten schon bei der jetzigen Gesetzeslage als Magen-, Leber-, Nieren- und Nervenleiden auf Kassenkosten zur Behandlung kommen, ohne dass die Frage der Trunkfälligkeit als der Ursache seitens der Kassen überhaupt aufgeworfen wird. Durch eine rechtzeitige Behandlung dieser Grundursache würde in vielen Fällen jenen Folgeerkrankungen und ihren Kosten vorgebeugt werden können. Bratz-Wuhlgarten.

Mittheilungen.*)

— **Weitere Erörterungen über den Preussischen Justizministerialerlass** vom 1. X. 02.

Herr Amtsrichter Dr. Levis (Pforzheim), Autorität auf dem Gebiete der Entmündigungsfragen, schreibt in Nr. 1 der Zeitschrift „Das Recht“ vom 10. Januar 1903:

„Auswahl der Sachverständigen im Entmündigungsverfahren.

1. „Bei den Ermittelungen in Entmündigungssachen (wird) den Amtsgerichten . . . empfohlen: . . . Die Wahl der Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl wenn möglich auf einen Kreisphysikus . . . zu richten“. So lautete § 14 Ziff. 2 der allgemeinen Verfügung des preussischen Justizministers vom 28. November 1899. Durch Anordnung vom 1. Oktober 1902 ist die mitgetheilte Bestimmung aufgehoben und durch eine neue ersetzt worden, wo es heisst: „Als Sachverständiger ist gemäss § 653 Abs. 2 in Verbindung mit § 404 Abs. 2 C. P. O. regelmässig der Gerichtsarzt (§ 9 des Gesetzes betr die Dienststellung der Kreisärzte . . .) als der für medicinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige . . . zuzuziehen. Andere Personen sollen nach dem angeführten § 404 Abs. 2 C. P. O. als Sachverständige nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern“.

Diese Neuerung ist in der Tagespresse vielfach besprochen und aus Zweckmässigkeitsgründen meist abfällig kritisirt worden. Sie erregt aber auch bei einer Betrachtung, die von rechtlichen Gesichtspunkten ausgeht, nicht unerhebliche Bedenken.

2. Es scheint, dass die Verfügung nichts weiter beabsichtigt, als die nach den bestehenden Gesetzen gegebene Rechtslage den Gerichten in Erinnerung zu rufen. Dafür spricht die Fassung des Erlasses, dem sichtlich folgender Gedankengang zu Grunde liegt:

a) Der Kreisarzt ist nach dem am 1. April 1901 in Kraft getretenen neuen Kreisarzt-Gesetze der für medicinische Angelegenheiten öffentlich bestellte Sachverständige.

b) Nach § 404 Abs. 2 C. P. O., der auch im Entmündigungsverfahren anwendbar ist (§ 653 Abs. 2 C. P. O.), sollen, wenn für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige bestellt sind, andere Personen nur dann gewählt werden, wenn „besondere Umstände“ es erfordern. Also ist

c) in Entmündigungssachen, von besonderen Fällen abgesehen, der Kreisarzt als Gutachter zuzuziehen. — Dieser Schluss (c) ist m. E. nicht ohne weiteres zutreffend. Denn er übersieht eine Zwischenfrage, die sich aufwirft: Bietet nicht vielleicht die Geisteszustands-Untersuchung im Entmündigungsverfahren an sich derartige Besonderheiten, dass hier allgemein die Wahl möglichst nicht auf den Kreisarzt zu lenken ist?

Die Beantwortung dieser Frage ist nach der C. P. O. den Gerichten vorbehalten. Trotzdem nimmt der angezogene preussische Erlass Stellung zu ihr. Denn sichtlich wird jene Frage verneint, indem ausgesprochen wird: der Regel nach sei der Kreisarzt der geborene Sachverständige in Entmündigungssachen. Damit greift also die Anordnung in das richterliche Zuständigkeitsgebiet ein, natürlich ohne bindende Kraft für den Entmündigungsrichter. Diesem bleibt vielmehr das Recht und die Pflicht, vor allem zu prüfen, ob nicht der allgemeine Charakter der Geisteszustands-Untersuchung die grundsätzliche Bevorzugung des Irrenarztes vor dem Kreisarzte erfordert.

3. M. E. muss diese Prüfung zu der Ueberzeugung führen, dass der öffentlich bestellte Sachverständige im Entmündigungsverfahren nur ausnahmsweise als Gutachter zu brauchen ist.

Zunächst spricht die Entstehungsgeschichte des Gesetzes für dies Ergebniss. Man wollte durch § 404 C. P. O. keineswegs die ärztlichen Specialisten aus dem gerichtlichen Verfahren verdrängen. Die Befürchtung, dass dies die Folge der gesetzlichen Bestimmung sein könnte, wurde bei den Berathungen laut. Die Mehrzahl der Reichstags-Justizkommission, welche den heutigen § 404 Abs. 2 C. P. O. schuf, vertraute aber offenbar darauf, dass ceteris paribus der Specialarzt dem öffentlich bestellten allgemeinmedicinischen Sachverständigen vorgezogen werde.

*) Die Hinausschiebung des Schlusses des ungar. Berichts wolle man mit der Dringlichkeit der vor- wie der nachstehenden Mittheilungen als entschuldigt gelten lassen.

Dr. Zinn, welcher die fragliche Gesetzesbestimmung selbst vorschlug, betonte es ausdrücklich, dass, wenn am Orte, wo der Gerichtsarzt seinen Sitz hat, ein besser geeigneter Specialist sich befinde, dieser als Sachverständiger zu wählen sein werde (vgl. Hahn, Materialien z. C. P. O., 2. Aufl., S. 637). Die Urheber des Gesetzes sahen sonach einen „besonderen Umstand", welcher die Nichtzuziehung des Kreisarztes rechtfertigt, ganz allgemein im Vorhandensein eines nicht schwerer erreichbaren Specialisten. Gewiss wird man also im Entmündigungsverfahren, dessen grosse Schwierigkeiten eine besonders vertiefte Sachkunde erfordern, dem naturgemäss besser vorgebildeten und geübten Irrenarzte den Vorzug geben vor dem Gerichtsarzte.

Für dieses Ergebniss kann man einen gewissen Anhaltspunkt auch mittelbar aus § 655 C. P. O. gewinnen. Dieser Norm zufolge darf eine Entmündigung ohne Anhörung von Sachverständigen nicht ausgesprochen werden. Die Vorschrift kann auf den ersten Blick überraschen. Giebt es doch sicherlich Fälle, wo die Entmündigungsreife schon für den Richter so klar zu Tage tritt, dass man eines Sachverständigen entrathen könnte. Trotzdem ist die gesetzliche Anordnung heilsam und wohl begründet. Denn es können auch bei dem scheinbar einfachsten Falle Schwierigkeiten vorliegen, die aber nur das sachkundige Auge erblickt. Beim Entmündigungsverfahren, welches ganz ungewöhnlich tief in die persönlichen Verhältnisse des Betroffenen eingreift, muss darauf Bedacht genommen werden, auch derartige verborgene Schwierigkeiten, wenn sie vorhanden sind, zu entdecken. Ob sie vorhanden sind, lässt sich zum voraus niemals sagen. Man muss daher in jedem Falle mit ihnen rechnen. Das thut § 655 C. P. O., indem er stets die Zuziehung eines Sachverständigen fordert. Und es liegt in der Consequenz dieser Bestimmung, dass man in jedem Falle auf die allergrössten Schwierigkeiten sich vorbereitet und deshalb stetshin denjenigen Sachverständigen wählt, der auch diesen möglichst gewachsen ist; also die stete Zuziehung des möglichst bestvorgebildeten Gutachters liegt im Geiste des Gesetzes. Und diese Eigenschaft kommt in erster Reihe dem Irrenarzte zu.

4. Dass der Irrenarzt, der sich mehr oder weniger ausschliesslich der Nerven- und Irrenheilkunde gewidmet hat, auf diesem seinem Arbeitsfelde dem Allgemein- und damit auch dem Gerichts-Arzte überlegen ist, bedarf wohl nicht erst des Beweises. Es ist ja gewiss freudig zu begrüssen, dass man neuerdings auf die psychiatrische Ausbildung der beamteten Aerzte, wie der Aerzte überhaupt, grössere Sorgfalt verwendet. Aber das Können des Gerichts-Arztes auf diesem Felde muss infolge verhältnissmässig geringer klinisch-psychiatrischer Erfahrung ein halbwüchsiges bleiben, und sollte deshalb bei Maassregeln von der Bedeutung der Entmündigung nicht den Ausschlag geben. Dafür fehlt auch dem Laien nicht das nöthige Verständiss. Und es ist deshalb zu befürchten, dass die öffentliche Meinung es nicht ruhig aufnimmt, wenn man im Entmündigungsverfahren die sachkundigeren Irrenärzte ausschliesst. An und für sich begegnet ja in weiten Volkskreisen unser Entmündigungsverfahren lebhaften Anfeindungen, im Allgemeinen, wie ich glaube, mit Unrecht. Aber trotzdem sollte man sich hüten, neue Angriffe hervorzurufen, und überdies noch solche, denen man eine innere Berechtigung nicht absprechen kann. Schon aus diesem Grunde empfiehlt es sich wenig, die Gerichtsärzte als Sachverständige im Entmündigungsverfahren zu bevorzugen. Denn ein solches Vorgehen wird, wie die Auslassungen der Presse über den neuen preussischen Erlass deutlich zeigen, derartige Angriffe gewiss zur Folge haben.

5. Und wer hätte von einem solchen Vorgehen Vortheile? Die Gerichtsärzte? Noch nicht einmal sie. Im Gegentheile: ihre Bevorzugung im Entmündigungsverfahren wird sich eher als ein privilegium odiosum erweisen. Auffallenderweise scheint die Gefahr, welche sie laufen, von den Gerichtsärzten selbst gar nicht beachtet zu werden. Ist doch auf ihre Veranlassung, auf Anregung des Preussischen Medicinalbeamtenvereins nämlich, die neue preussische Verfügung erlassen worden. Indessen berücksichtige man doch, wie häufig sich bedauerlicherweise zwischen Richtern und ärztlichen Sachverständigen ein gespanntes Verhältniss entwickelt. Die Hauptgründe hierfür interessiren uns an dieser Stelle freilich nicht, aber auf einen mitwirkenden Grund ist hinzuweisen: auf ein hier und dort beim Richter auftretendes gewisses Misstrauen in die rechte Sachkunde des Gutachters. Dieses Misstrauen lässt sich darauf stützen, dass man sagt: das Arbeitsfeld des Kreisarztes ist ein so grosses, dass es ganz unmöglich ist, es wirklich zu beherrschen. Auf allen Gebieten der Heilkunde soll der beamtete Arzt auch bei den schwierigsten Fragen Bescheid wissen; es wird von ihm häufig, so namentlich bei sanitätspolizeilichen Gutachten, genügendes Verständniss für technische und volkswirthschaftliche Fragen verlangt, und sodann ist auch das juristische Wissen, welches ein tüchtiges gerichtliches Gutachten erfordert, kein ganz geringes. Woher soll der beamtete Arzt die Zeit nehmen, um all die nothwendigen Kenntnisse und Erfahrungen zu sammeln, zumal er durch Warten beim Gerichte und dienstliche weite Gänge oft genug Stunden und halbe Tage einfach verliert? Man muss sich diese Frage nur vorlegen, um einzusehen, dass es ganz unmöglich ist, den Anforderungen wirklich zu genügen, welche an den Kreisarzt gestellt werden. Wird nur einmal den Gerichtsärzten die Wahrheit bewusst, dass sich in der Beschränkung erst der Meister zeigt, so werden sie selbst am meisten bestrebt sein, nicht auch noch mit den besonders grossen Schwierigkeiten der Entmündigungsgutachten belastet zu werden. Der Gerichtsarzt hat ja selbst das grösste Interesse daran, nicht einer Aufgabe gegenüber gestellt zu werden, welcher er nicht unbedingt gewachsen ist. Dies Interesse des amtlichen medicinischen Sachverständigen darf beim Entmündigungsrichter auf sorgfältigste Beachtung rechnen. Liegt es doch jedem gewissenhaften Richter an, dem gerichtlichen Sachverständigen das volle Zutrauen aller Betheiligten zu schaffen und zu erhalten. Nur zu leicht wird aber dies Vertrauen eingebüsst, wenn der Gerichtsarzt mit zu vielen

oder zu verschiedenartigen Geschäften befasst wird und daher seinen Aufgaben nicht überall genügen kann.

6. Darum dient man denn nicht zum wenigsten den Interessen des Kreisarztes, wenn man diesen nur ausnahmsweise im Entmündigungsverfahren heranzieht. Thut man dies, so vermeidet man weiter eine unnöthige Erschütterung des Gefühls der Rechtssicherheit im Volke. Und gleichzeitig handelt man nach den Anforderungen der Zweckmässigkeit und im Geiste des Gesetzes. Man verletzt hierbei auch durchaus nicht die Vorschrift des § 404 Abs. 2 C. P. O.; wenn die preussische Verfügung vom 1. Oktober 1902 von dem gegentheiligen Standpunkte ausgeht, so kann ihrer Auffassung nicht beigepflichtet werden. Das ist das Ergebniss der vorstehenden Erörterung.

Pforzheim. Amtsrichter Dr. Otto Levis."

Herr Landrichter a. D. Ernst Mumm schreibt in „Der Tag" vom 6. XI. 1902 zu diesem Gegenstand:

„Die Neuerung hat grosses Aufsehen erregt und namentlich in den Kreisen der Irrenärzte eine arge Verstimmung hervorgerufen. Gewiss nicht mit Unrecht. Es versteht sich doch ganz von selbst, dass man zum Sachverständigen die Person wählt, die am sichersten das betreffende Fach beherrscht, die eben am besten „die Sache versteht". Der Kreisarzt nun, dessen Kenntniss der gerichtlichen Psychiatrie auf dem oft nicht allzu gründlichen Universitätsstudium, günstigstenfalls auf einer kurzen Assistententhätigkeit an einer psychiatrischen Klinik beruht und der in seinem Berufe immer nur vereinzelt mit psychiatrischen Fällen zu thun hat, besitzt gar nicht genügend Gelegenheit, sich in der Psychiatrie diejenige praktische Erfahrung und wissenschaftliche Durchbildung zu verschaffen, die zu der eminent schwierigen Beurtheilung „zweifelhafter" Geisteszustände erforderlich ist. Solche Erfahrung hat allein oder doch in allererster Linie der Irrenarzt. Deshalb ist er der rechte Sachverständige, und deshalb sollte man grundsätzlich ihn und nicht den Kreisarzt als Gutachter hören.

Die Verfügung vom 7. Oktober bedeutet eine so offenbare Verschlechterung der bestehenden Verhältnisse, dass man gar nicht begreifen kann, welche Erwägungen wohl für ihren Erlass bestimmend gewesen sein mögen. Schliesslich ist man auf die Idee verfallen, der Zweck der Verordnung sei allein der: das magere Gehalt der Kreisärzte aufzubessern. Diese Annahme geht sicher fehl. Aber kann man angesichts des Inhalts der neuen Bestimmung es jemanden verargen, wenn er an dergleichen denkt?

Und ein anderes noch: Der Ministerialerlass vom 1. Oktober ist geeignet die Psychiater in dem Glauben zu bestärken, die Beamten der Justiz kämen ihnen mit Misstrauen entgegen und schenkten ihren Gutachten nicht die Beachtung, die ihnen im Interesse der Rechtssicherheit gebührte. Das ist ein schlimmer Verdacht. Man sollte sich hüten, ihm neue Nahrung zuzuführen.

Landrichter a. D. Ernst Mumm."

Eine andere an die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift gerichtete Zuschrift führt Folgendes aus:

„Wenn an dieser Stelle nochmals das Wort ergriffen wird zu der bekannten und viel besprochenen Verfügung des Herrn Justizministers vom 1. X. 02, so geschieht das weniger, um die sachliche Befähigung der hierbei in Betracht kommenden Sachverständigen, der Kreisärzte auf der einen, der Irrenärzte auf der anderen Seite, gegeneinander abzuwägen. Hierauf kann ja schon deshalb verzichtet werden, weil diese Frage Amtsrichter Otto Levis in einem längeren Artikel des Rechts Nr. I, 1903 ebenso ausführlich wie objectiv besprochen hat. Levis hat sich zu Gunsten der Irrenärzte entschieden, und das verdient um so mehr gewürdigt zu werden, als Levis, der Verfasser einer umfassenden, wohl der ausführlichsten Monographie über die Entmündigung Geisteskranker, als einer der zuständigsten Sachverständigen in diesem Kompetenzkonflikt angesehen werden darf.

Es sei hier vielmehr kurz die rechtliche Seite der Frage nochmals angeschnitten. Bekanntlich wurde der Erlass der Verfügung motivirt mit der Aenderung der Sachlage, die durch das Kreisarztgesetz geschaffen sei. Der Frage, ob das wirklich so ist, ist bisher nur wenig näher getreten worden. Wohl ist in einigen politischen Zeitungen die Ansicht ausgesprochen und auch begründet worden, dass von einer Aenderung der Sachlage kaum die Rede sein könne; indess scheinen diese Ausführungen wenig Beachtung gefunden zu haben. Darum sei es gestattet, eine Verfügung des Landgerichtspräsidenten in Marburg an die ihm unterstellten Amtsrichter hier abzudrucken; Medicinalrath Dr. Heinemann hat sie in einem „Diensteid-Sachverständigeneid" betitelten kleinen Aufsatz in der Zeitschrift für Medic.-Beamte 1902, Nr. 10, pag. 337 zum Abdruck gebracht.

„Nachdem bei mir die Frage angeregt worden ist, ob die Kreisärzte bei ihren Vernehmungen als Sachverständige jedesmal besonders zu vereidigen sind, wenn sie nicht in dem Verzeichnisse der ein für alle Mal vereidigten Sachverständigen eingetragen sind, oder ob bei ihnen die Bezugnahme auf ihren Diensteid genügt, theile ich dem Königl. Amtsgerichte meine Ansicht über diese Frage mit.

Das Reichsgericht hat in feststehender Praxis (vergl. Entsch. in Strafsachen, Bd. 3, S. 321, Bd. 8, S. 357, Bd. 30, S. 33) angenommen, dass der Diensteid der Kreisphysiker in Preussen bezw. der Oberamtsärzte in Württemberg, obwohl er vor einer Verwaltungsbehörde geleistet sei, für Gutachten innerhalb des Amtskreises der Medicinalbeamten auch als ein für alle Mal geleisteter Sachverständigeneid zu betrachten sei. Es gründet diese Ansicht darauf, dass der Diensteid das Gelöbniss der Beamten enthalte, alle vermöge seines Amtes ihm obliegenden Pflichten nach bestem Wissen und Gewissen zu erfüllen, und dass zu ihren Dienstpflichten namentlich die Geschäfte der gerichtlichen Medicin, die des Gerichtsarztes gehören. Dies gelte sowohl für die Straf- als für die Zivilrechtspflege.

An dieser Auffassung ist auch nach der neuen Gesetzgebung bezüglich der Kreisärzte festzuhalten. Der Kreisarzt ist nach § 9 des Gesetzes vom 16. Sept. 1899 (Ges. S., S. 174) der Gerichsarzt seines

Amtsbezirks, und Alles, was das Reichsgericht bezüglich der Kreisphysiker angeführt hat, gilt demnach auch für ihn." — — — —

Daraus ergiebt sich also Folgendes: Der Diensteid der Kreisphysiker deckte den Eid, den er als Sachverständiger für die Straf- oder Civilrechtspflege zu leisten hat; denn zu seinen Dienspflichten gehören namentlich die Geschäfte der gerichtlichen Medicin, die des Gerichtsarztes. Er gehört also zu den Personen, die nach § 73, Abs. 2 St. P. O. und § 404 Abs. 2 C. P. O. für gewisse Arten von Gutachten, hier die gerichtlich-medicinischen, als Sachverständiger öffentlich bestellt sind.

Der Landgerichtspräsident stellt aber ebenso ausdrücklich fest, dass diese Auffassung der Stellung der Medicinalbeamten auch bezüglich der Kreisärzte gilt.

Daraus ergiebt sich, dass von einer Aenderung der Sachlage, die durch das Kreisarztgesetz geschaffen sei, nicht die Rede sein kann.

Ist unsere Auffassung richtig, so ist die eingangs erwähnte Verfügung auch vom juristischen Standpunkt aus nicht einwandfrei und unbedenklich; vor Allem lag dann für den Justizminister kein zwingender Anlass vor, den Bitten des Vereins der Medicinalbeamten nach dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes nachzugeben."

Eine Auffassung, die sich über den in Rede stehenden Erlass befriedigend äussert, befindet sich in der „Zeitschrift f. Medicinalbeamte" No. 21, 1902:

„.... Damit ist in dankenswerther Weise einem berechtigten Wunsch der Medicinalbeamten Rechnung getragen, dessen Erfüllung auch durchaus mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang steht. Nach § 4 des Kreisarztgesetzes ist der „Kreisarzt der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks" und demgemäss nach § 73 Abs. 2 der Str. P. O. und nach § 404 der C. P. O. von den Gerichten als Sachverständiger zur Beantwortung aller gerichtsärztlichen Fragen heranzuziehen; andere Sachverständige sollen nur dann gewählt werden, „wenn besondere Umstände es fordern". Früher mögen solche „besonderen Umstände" in der theilweise ungenügenden psychiatrischen Vorbildung mancher Kreisphysiker gefunden sein, heute liegen dagegen derartige Bedenken in Folge der seit dem Jahre 1896 gerade auf psychiatrischem Gebiete gesteigerten Anforderungen im Physikatsexamen und der seitdem eingeführten psychiatrischen Fortbildungskurse für die im Amte befindlichen Medicinalbeamten nicht mehr vor; denn dadurch ist eine genügende Ausbildung derselben in der Psychiatrie gewährleistet. Es ist auch nicht erklärlich, warum im Entmündigungsverfahren derselbe Kreis- oder Gerichtsarzt versagen sollte, der im Strafverfahren bei zweifelhaften Geisteszuständen meist als Sachverständiger fungirt, als Gefängnissarzt häufig solche Zustände zu beobachten und zu beurtheilen hat, dem ferner hauptsächlich die Begutachtung von Geisteskranken behufs Aufnahme in eine Irren- u. s. w. Anstalt zufällt und der somit dauernd auch durch seine überwachende Thätigkeit gegenüber den privaten Irrenanstalten, Gelegenheit hat, weitere Erfahrungen auf psychiatrischem Gebiete zu sammeln und sich nach dieser Richtung hin fortzubilden. Wenn von anderer Seite die Ansicht ausgesprochen wird, „der Zweck der neuen Bestimmung sei kein anderer, als das vielfach sehr magere Einkommen des Kreisarztes aufzubessern, sie bedeute demgemäss auch eine Benachtheiligung der grossen Masse der ausübenden Zivilärzte", so ist diese Ansicht eine durchaus irrige. Der pekuniäre Erfolg, der ausserdem für den einzelnen Kreisarzt nur ein verhältnissmässig geringer ist, kommt hierbei gar nicht in Betracht; massgebend ist unseres Erachtens lediglich die sachliche Erwägung gewesen, dass der zuständige Kreis- oder besondere Gerichtsarzt auf einem zu seiner Sachverständigen-Thätigkeit gehörenden und von ihm völlig beherrschten Gebiete künftighin nicht mehr bei Seite geschoben werden soll und dass der behandelnde Arzt (Anstaltsarzt) ebenso wie bei den Obduktionen auch im Entmündigungsverfahren wohl gehört und zugezogen werden kann, aber nicht mehr den alleinigen Sachverständigen bildet, wie dies bisher sehr häufig der Fall war. Die Sicherheit des Entmündigungsverfahrens wird dadurch nicht gefährdet, sondern im Gegentheil wesentlich erhöht."

Der Herausgeber dieser selben „Zeitschrift für Medicinalbeamte", Regierungs- und Medicinalrath Dr. Rapmund in Minden, ist allerdings im J. 1900 anderer Ansicht gewesen, denn er schreibt in „Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige" von Dr. O. Rapmund, Berlin 1900, Theil I, S. 7:

„ . . . Dass Jemand z. B. während seiner Studienzeit eine Vorlesung über gerichtliche Medicin gehört und eine psychiatrische Klinik während eines Halbjahres mit Erfolg besucht, künftighin vielleicht auch die durch die neue medicinische Prüfungsordnung eingeführte Fachprüfung in gerichtlicher Medicin und Psychiatrie bestanden hat, sollte unseres Erachtens nicht als ausreichend für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung erachtet, sondern eine längere, praktische Thätigkeit in einem gerichtlich-medicinischen und pathologisch-anatomischen Institute sowie an einer öffentlichen, nicht ausschliesslich für Unheilbare bestimmten Irrenanstalt verlangt werden; desgleichen müsste die mündliche Prüfung noch nach der praktischen Seite hin erweitert werden. — — — —"

(Bei der Begutachtung von Geisteskranken behufs Aufnahme in eine Anstalt verfügt der Kreisarzt nach Obigem über nicht wesentlich mehr Kenntnisse als viele praktische Aerzte besitzen, aber über geringere praktische Erfahrung als letztere, da er ja für gewöhnlich nicht Praxis betreibt; worüber er verfügt, das ist sein amtlicher Charakter. Dieser wird gegenüber der Fachkenntniss der Leiter von Privatanstalten, welche zweijährige Vorbildung in der Psychiatrie aufweisen müssen, nicht schwer in die Wagschale fallen. Ob das ausreichend ist, dass im Strafverfahren bei zweifelhaften Geisteszuständen der Kreisarzt meist als Sachverständiger fungirt, ist nach Obigem leicht zu beurtheilen —).

Hierher gehört auch eine Aeusserung des Prof. Dr. med. Rich. Kockel in seiner Antrittsvorlesung vom 11. 6. 98: Die gegenwärtige Bedeutung der gerichtlichen Medicin (Leipzig, Verlag v. S. Hirzel) S. 11:

„.... Erinnern wir uns, dass zur sachgemässen

Erledigung aller, aus dieser umfangreichen Thätigkeit des beamteten Arztes sich ergebenden Fragen genaue specialistische Kenntnisse erforderlich sind in der Hygiene, der Medicinalpolizei, der inneren Medicin, der Geburtshülfe und Gynäkologie, der Chirurgie, der Psychiatrie, der pathologischen Anatomie, sowie ausserdem noch der bezüglichen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, des bürgerlichen Gesetzbuches und der Unfall-Gesetzgebung, so wird kaum jemand verlangen, dass ein Arzt alle diese Gebiete vollkommen beherrscht.

Die immer weiter fortschreitende Erweiterung und Vertiefung der eben genannten wissenschaftlichen Disciplinen muss im Laufe der Zeit dahin führen, dass in noch viel ausgedehnterem Maasse als bisher die Wahrnehmung der bezirksärztlichen Funktionen von der der gerichtsärztlichen getrennt wird.

Bleibt doch dann dem Gerichtsarzt noch eine solche Fülle von Obliegenheiten, dass es manchmal nöthig sein könnte, auch hier eine weitere specialistische Scheidung eintreten zu lassen. . . . . "
und ferner eine juristische und auf Juristen bezügliche Aeusserung, die aber auch auf den Kreisarzt Anwendung finden kann: aus „Die Handlungsfähigkeit der Geisteskranken nach dem B. G.-B." von Dr. Brunswig (Leipzig, 1901, Deichert's Verlag, S. 3):

„. . . . . Und gesetzt den Fall, es wäre möglich, eine gründliche Kenntniss der medicinischen Lehre von den Geisteskrankheiten zu erwerben, was wäre damit gewonnen? Zum wirklichen Sachverständigen ist doch der Richter damit noch lange nicht geworden; dieses Ziel lässt sich nicht durch ein noch so fleissiges Studium von wenigen Semestern erreichen; dazu gehört vielmehr jahrelang andauernde Beschäftigung mit der irrenärztlichen Praxis; klinische Beobachtung und ununterbrochene Fühlung mit den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft; lauter Erfordernisse, deren absolute Unerlässlichkeit ebenso selbstverständlich ist, wie die Unmöglichkeit, dass der Richter sie erfülle."

Ferner geben wir noch folgender Aeusserung in der „Nationalzeitung" Raum (vom 2. XI. 02): „Die Presserörterungen über den Justizministerialerlass betr. Zuziehung der Kreisärzte als Sachverständige im Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche hatten in der „Nordd. Allgem. Ztg." eine Erläuterung dahin zur Folge gehabt, dass der Erlass weiter nichts sei, als ein aus dem Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes vom 16. September 1899 sich ergebender Hinweis auf den gesetzlichen Stand der Sache, und dass es auch fernerhin dem Ermessen des Richters überlassen bleibe, ob er in dem Vorhandensein eines Facharztes und in sonstigen Verhältnissen einen „besonderen Umstand" erblickt, um von der Wahl des Kreisarztes abzusehen und einen Spezialarzt zuzuziehen. Mit Bezug hierauf wird uns von ärztlicher Seite geschrieben: „Die Erörterungen über den Erlass haben die Wirkung gehabt, dass sie an einem Beispiel (denn was für das Spezialfach der Psychiatrie gilt, trifft doch auch für die übrigen Spezialdisziplinen der Medizin zu) zeigten, wie bedenklich im Allgemeinen die Bestimmung des Kreisarztgesetzes ist, dass der Kreisarzt, der doch in der Hauptsache der hygienische Beamte des Kreises ist, in der Regel als der öffentlich bestellte ärztliche Sachverständige für die Gerichte gilt. Denn er wird unmöglich die verschiedenen Spezialgebiete der Medizin so beherrschen können, um in jedem einzelnen als voller Sachverständiger anerkannt zu werden. Das Interesse der Rechtsprechung, welche über die mannigfaltigsten medizinischen Dinge die ärztliche Wissenschaft zu befragen und zur Beweisführung zu benützen, häufig sich genöthigt sieht, erfordert vielmehr, dass in der Regel der Specialgelehrte, sofern er als zuverlässig bekannt ist, als voller Sachverständiger betrachtet werde und der Kreisarzt erst dann in Frage kommt, wenn ein Specialfachmann nicht vorhanden oder nur mit besonderen Schwierigkeiten zu erreichen ist. Dem gegenüber hätte die Rücksicht auf die Gehaltsbezüge der Kreisärzte bei den maassgebenden Factoren s. Z. nicht ausschlaggebend sein sollen, und eine Aenderung dürfte sich bald als nothwendig erweisen.""

Auch die folgende Stelle aus der „Köln. Volkszeitung" spricht sich gegen den Erlass aus:

„Die Irrenärzte haben sich dank ihrer Vorbildung und eingehenden beruflichen Beschäftigung mit krankhaften Geisteszuständen der ihnen seither zufallenden Aufgabe durchaus gewachsen erwiesen; auch nach der rein wissenschaftlichen Seite hin sind sie es gewesen, die zur Entwicklung der Disciplin der gerichtlichen Psychiatrie beigetragen haben. Alles das dürfte für den Kreisarzt nicht zutreffen. Das Mindestmaas der Vorbildung besteht in dem Besuch einer psychiatrischen Klinik für ein Semester, was, nebenbei gesagt, die neue Prüfungsordnung für jeden Mediziner vorschreibt. Im Examen selbst überwiegt die theoretische Prüfung, wenn auch ein Geistesgestörter vom Kandidaten begutachtet werden muss. Falls nicht besondere günstige Umstände vorliegen, wird den Kreisarzt sein Amt nur selten mit Geisteskranken in Verbindung bringen. Und dennoch sollte er nach der Meinung des Justizministers der bessere Sachverständige sein? Das ist doch nicht anzunehmen. Vielfach neigt man der Ansicht zu, dass man so das Einkommen der Kreisärzte erhöhen wollte. Mangels eines anderen Motivs erscheint diese Annahme vorläufig auch berechtigt. Aber wenn die Regierung damit indirect zugiebt, dass der Kreisarzt financiell besser gestellt werden muss, war es dann nothwendig, zu diesem Mittel zu greifen? Wir sehen davon ab, dass der Stand der Irrenärzte, deren Los wirklich nicht das beste ist, damit unverdientermaassen vor den Kopf gestossen wird. Viel wichtiger erscheint die Erwägung, dass die neue Verfügung aus den oben kurz skizzirten Gründen dazu angethan erscheint, das Gefühl der Rechtsunsicherheit beim Publikum zu erhöhen. Und das bedauern wir in der Rheinprovinz um so lebhafter, als das Zutrauen zu den Irrenanstalten und Irrenärzten sich zu bessern beginnt, nachdem es im letzten Jahrzehnt des verflossenen Jahrhunderts durch die sattsam bekannten Prozesse unberechtigterweise aufs äusserste erschüttert war. Wir wollen hoffen, dass der Justizminister diesen allzusehr berechtigten Befürchtungen Rechnung trägt und recht bald die neue Verfügung wieder aufhebt."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 46. 14. Februar. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger.

Von k. k. Regierungsrath Director Dr. *Josef Krayatsch*, Mauer-Oehling (Niederösterreich).

(Schluss.)

Skizzen zur Anlage einer neuen Erziehungs- und Pflegeanstalt für schwachsinnige Kinder in Niederösterreich.

Die statistischen Erhebungen haben zur Genüge bewiesen, dass die dermaligen Einrichtungen hinsichtlich der Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder in Niederösterreich den thatsächlichen Anforderungen an Erziehungs- und Pflegeplätzen nicht genügen und dringend zur Errichtung einer grossen Erziehungs- und Pflegeanstalt mit allen ärztlichen und pädagogischen Hilfsmitteln mahnen.

Die Anstalt würde durch Errichtung von Zahlplätzen I. und II. Klasse sich auch eine bedeutende Einnahme sichern, da bisher zumeist die schwachsinnigen Kinder bemittelter Eltern im Auslande untergebracht werden und die Anstalt auch vielen Ansuchen aus anderen Provinzen und dem Auslande, besonders den Balkanstaaten, gerecht werden könnte.

Die zu errichtende Erziehungs- und Pflegeanstalt für schwachsinnige Kinder sollte mindestens einen Belagraum von 1000 Betten besitzen und ausserdem noch erweiterungsfähig sein.

Im Momente der Inbetriebsetzung der mit einer vollständigen Unterrichtsabtheilung ausgestatteten Anstalt werden sicher alle, die den Unterricht der öffentlichen Volksschulen stören, die epileptischen und choreatischen Kindern dieser Specialanstalt zugeführt werden.

Eine einschlägige Frage über die Verhältnisse im Königreiche Sachsen wurde dahin beantwortet, dass daselbst von 3 700 000 Einwohnern 3 800 Blödsinnige

und unter den Letzteren 782 Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren gezählt wurden.

Von diesen Kindern wurden 635 in öffentlichen Specialanstalten erzogen und verpflegt. Ausserdem werden von 705112 schulpflichtigen Kindern etwa 3500 schwachsinnige Kinder gezählt, welche in den Hilfsschulen in Leipzig, Plauen, Zwickau etc. separaten Unterricht erfahren; demnach eines Anstaltsunterrichtes entbehren.

Nach dem Ergebnisse der Tabelle VII dürften sich unter 1000 jugendlichen Idioten und Schwachsinnigen beiderlei Geschlechts 600 Knaben und 400 Mädchen befinden, darunter:

I. Pflegebedürftige	257 K.	120 M.	=	367
II. Bildungsfähige	102 „	140 „	=	252
III. Unterrichtsfähige	241 „	140 „	=	381
				1000.

Da die bildungsfähigen Kinder gleich den unterrichtsfähigen dieselbe Gruppenerziehung erfahren, so muss für 600 derlei Pfleglinge in eigenen Pavillons Raum geschaffen werden, deren bauliche Anlage eine sorgfältige Gruppirung ermöglicht.

Die 400 pflegebedürftigen Kinder werden in eigens konstruirten Pavillons untergebracht, welche eine besondere Pflege und Ueberwachung gestatten. Auch der Jahresbericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache in Langenhagen bestätigt obiges annähernde Zahlenverhältniss der Knaben zu den Mädchen. In der Anstalt wurden nämlich im Jahre 1899 und 1900 417 Knaben und 280 Mädchen verpflegt.

Der auf dem Gebiete der Idiotenpflege sehr erfahrene Dr. Wildermuth verlangt:

I. Gebäude für bildungsfähige idiotische Kinder auf der Vorschulstufe,
II. Gebäude für schulpflichtige idiotische Kinder,
III. Gebäude für halb erwachsene arbeitsfähige Idioten,
IV. Gebäude für landwirthschaftlich thätige Idioten,
V. Pflegehäuser für Bildungsfähige,
VI. Lazareth,
VII. Infectionskrankenhaus,
VIII. Leichenhaus.

Die neue Erziehungs- und Pflegeanstalt sollte nur bei Wien, wenn nicht in Wien gelegen sein, damit dieselbe die Vortheile der Grossstadt in Anspruch nehmen kann, da sowohl die Aerzte als auch die Pädagogen durch den innigen Contact mit der Universität und Lehranstalten sich auf der erforderlichen, wissenschaftlichen Höhe erhalten und die Pfleglinge zur Forschung und Schulung der Aerzte und Lehrer herangezogen werden können. Eine grössere Entfernung der Anstalt von einer Stadt erschwert den Besuch der Pfleglinge, die billige Deckung der Anstaltsbedürfnisse macht das Leben in der Anstalt für die Bediensteten eintönig und wird für dieselben bei dem Mangel jeglicher, wenn auch noch so bescheidenen Zerstreuung auf die Dauer unerträglich.

Für die Idiotenanstalt mit dem beantragten Umfange sind an Aerzten nothwendig: 1 Director, 2 Abtheilungsärzte, 1 Lazaretharzt.

Es wird wohl heute kein Laie mehr daran zweifeln, dass die verschiedensten Formen des angeborenen Schwachsinns und die Epilepsie Krankheiten des Gehirns sind und dass demnach Anstalten, welche sich mit der Pflege, Erziehung, Beschäftigung und dem Unterrichte solcher Kranken im jugendlichen Alter beschäftigen, unter Wahrung jener pädagogischen, sittlich religiösen Grundsätze, nach welchen Geistliche und Lehrer bei ihrer Thätigkeit als Erzieher dieser Pfleglinge vorgehen müssen, nur unter der Leitung psychiatrisch geschulter Aerzte stehen können.

Auch kann die Erziehung und der Unterricht der idiotischen und neuropathischen Kinder nur auf Grundlage der Erkenntniss der verschiedenen Krankheitsprocesse, auf welchen die Krankheitsformen beruhen, erfolgen.

Nur der Psychiater, der auch Kinderarzt sein muss, kann dieser Aufgabe gerecht werden; oft erheischen plötzlich auftretende Erregungs- und Dämmerzustände, verschiedene Krampfanfälle, periodisch wiederkehrende Stimmungsänderungen, das rasche Einschreiten eines Facharztes. Die Behandlung und Pflege der zahlreichen Leiden, von welchen die Kinder im Allgemeinen, die zur Unsauberkeit neigenden Kinder besonders befallen werden, die häufigen Verletzungen, Gefahren durch Fremdkörper u. s. w. erfordern schon allein einen ärztlichen Permanenzdienst, abgesehen davon, dass das Studium der Idiotie für die Hirnpathologie und für die Prophylaxis von besonderer Wichtigkeit ist.

Der Nutzen einer fachärztlich gut geleiteten Anstalt wird für die Gesellschaft ein sehr greifbarer werden.

Die mit pädagogischen und gewerblichen Hilfsmitteln ausgestattete Erziehungsanstalt wird auch von vielen neuropathisch veranlagten, moralisch und geistig defecten Kindern aufgesucht werden, welche wegen ihres Verhaltens weder in der öffentlichen Schule, noch in der Familie beziehungsweise Gesellschaft, besonders wegen der geringen Aufsicht in grossen Städten, nicht haltbar sind.

Die individualisirende Behandlung und Aufsicht, die sichere Abhaltung von schlechten Beispielen, Mei-

dung von Alkohol, eine entsprechende Anhaltung zur Arbeit werden für diese Minderwerthigen im Kindesalter von grossem Nutzen sein und vielleicht verhüten, dass sie später mit ihren rücksichtslosen Ansprüchen die Eltern und die Gesellschaft behelligen und durch unbeugsame Genusssucht zum Verbrechen oder zum dauernden Insassen einer Irrenanstalt werden. Für die Gesellschaft besonders gefährliche Schädlinge dieser Entarteten müssen Zeit ihres Lebens in Anstalten gehalten werden. Der verhütete Schaden und die Vermeidung krankhaft veranlagter Nachkommen wiegen die verausgabten Verpflegskosten um's vielfache auf.

An Lehrkräften sind ausser dem Anstaltsseelsorger erforderlich: 3 Lehrer und 3 Lehrerinnen, darunter je eine Lehrkraft für den Taubstummenunterricht. Ein Lehrer ist der Leiter der Unterrichtsabtheilung und ist dem Director verantwortlich. Die Zahl der Lehrkräfte entspricht der Zahl der Lehrer, welche in ähnlichen Anstalten im Auslande benöthigt werden. Der Unterricht erfolgt nach erprobten Lehrmethoden, welche in der einschlägigen deutschen Litteratur sich vorfinden und dürfte sich erfahrungsgemäss in VI Klassen gruppiren:

I. Klasse Vorschule. Kindergarten.
II. „ Beginn mit dem Lesen und Schreiben. Versuchsklasse.
III. „ eigentliche Schule mit Religionsunterricht.
IV. „ Formenlehren.
V. „ } Beendigung des Unterrichtes.
VI. „ }

Die Verwaltung einer Idiotenanstalt gleicht der einer Irrenanstalt und soll mit Ausnahme der Rechnungs- und Kasseführung, für welche der erste Verwaltungsbeamte allein verantwortlich ist, dem Director untergeordnet sein. An Beamten sind nöthig: 1 Verwalter, je ein Beamter für das Material, für die Kasse, für die Regie, 1 Kanzleibeamter und 1 technischer Beamter.

Kindergärtnerinnen und Pflegepersonen.

Die Frage, ob zur Erziehung und Pflege schwachsinniger Kinder die Kindergärtnerinnen und Pflegerinnen aus den weiblichen Ordensverbindungen oder aus dem weltlichen Personale entnommen werden sollen, ist auf Grund der in der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Gugging gesammelten Erfahrungen klar zu beantworten.

Es wäre eine Verleugnung von Thatsachen, wenn nicht die grosse Opferwilligkeit und Leistungsfähigkeit der Kreuzschwestern auf dem Gebiete des Kindergartens, der weiblichen Handarbeiten, der Vorschule und der Kinderpflege anerkannt würde.

Wenn sich aber zu gewissen Zeiten, z. B. während des Scharlachs im Frühjahre 1901, Schwierigkeiten ergaben, so waren diese meist darauf zurückzuführen, dass die strenge Erfüllung der Congregationspflichten mit der Erfüllung der ärztlichen Verfügungen kollidirten.

Diese Schwierigkeiten lassen sich aber durch genaue Verträge und umfassende Instructionen vermeiden. Die Schwestern unterstehen direct der Disciplinargewalt einer vom Ordenshause ernannten Vorsteherin und mehr oder weniger indirect auch der des Anstaltsleiters, welchem vertragsmässig die Entscheidung über die geistige und körperliche Eignung der Ordensschwestern zur Krankenpflege vorbehalten sein muss. Wie wichtig ein klarer Vertrag zwischen der Anstaltsleitung und der zur Pflege in Aussicht genommenen Congregation ist, geht aus der Thatsache hervor, dass z. B. die Constitution eines in Oesterreich ausgebreiteten Ordens, den Schwestern, welche sich der Krankenpflege widmen, es verbietet, männlichen Kranken Dienste zu leisten, welche ohne Verletzung des Anstandes nicht verrichtet werden können. Daraus ist zu entnehmen, dass eine allzuscharfe Auslegung dieser Constitutionsbestimmung durch eine Vorsteherin die Krankenpflege überhaupt, wie es vorgekommen ist, illusorisch macht.

Vielen Ordensschwestern mangelt ferner die Kenntniss der grossen Gefahren, welche aus dem Verkehre mit den an ansteckenden Krankheiten leidenden Pfleglingen erwachsen und sind deshalb wenig oder gar nicht mit den hygienischen Grundsätzen bei der Krankenpflege vertraut.

Ist der klagelose Dienst durch Verträge und Instructionen gesichert, so sind die Ordensschwestern als Kindergärtnerinnen und Pflegerinnen schon wegen ihrer berufsmässig anerzogenen Pflichten und des bescheidenen Wesens als recht brauchbar zu bezeichnen. Die relativ geringeren Löhne, die Disciplin, der Wegfall der Verpflichtung einer Altersversorgung, der geringe Wechsel im Personalstande sprechen auch aus wirthschaftlichen Gründen für ihre Verwendung in der Kinderpflege.

Nur erscheint es, wegen sicherer Verhütung der Verschleppung von infectiösen Krankheiten, rathsam zu sein, die Ordensschwestern nur in der Erziehungs-, Unterrichts- und Pflegeanstalt zu verwenden, dagegen im Lazarethe und in der Infectionskrankenabtheilung nur weltliche Pflegepersonen. Auch ist es erfahrungsgemäss zweckmässig, den Gruppen erwachsener

Knaben, gewöhnlich solche nach überschrittenem 12. Lebensjahre, männliche Pfleger zuzuweisen.

Für jede Erziehungs- (Unterrichts-) Gruppe zu 16 Kindern genügen 2 Personen, eine Kindergärtnerin und eine Pflegerin. Von den Ersteren sollen mindestens 2 auch mit dem Taubstummenunterricht vertraut sein.

Die Gruppe erwachsener Knaben könnte ja einem Ehepaare, von denen die Pfleger gewisse gewerbliche Fertigkeiten aufzuweisen hätten, unterstellt werden.

In der Pflegegruppe, in welcher hauptsächlich hinfällige, unreine Kinder eingestellt sind, fällt eine Pflegeperson auf 5 Kinder.

Die Art der Bekleidung und Verköstigung hätte nach den Grundsätzen der n. ö. Landes-Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder zu erfolgen.

Das ganze Anstaltsgetriebe wird durch ein Statut, durch eine Hausordnung und durch besondere Instructionen geregelt.

Bauliche Anlage.

Die hygienischen Anforderungen an Luft und Licht, die leichtere Gruppirung der Kinder nach dem Grade der Pflegebedürftigkeit und dem der Bildungs- und Unterrichtsfähigkeit, endlich die Isolirungsfähigkeit von inficirten Gruppen und die Einschränkung von Brandkatastrophen fordern entschieden den Pavillon- oder Blockstyl, in welchem die Idiotenanstalt zu errichten ist.

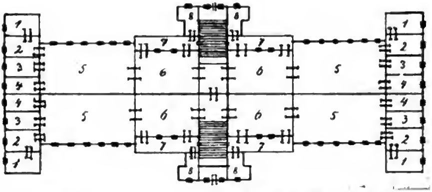
Die Lage der Pavillons zum Directionsgebäude, zur Kapelle, zu den Schulen, zur Küche, zum Lazarethe und Infectionskrankenpavillon ist bis auf die Entfernung ziemlich belanglos, nur muss mit Rücksicht auf den grossen Parteienverkehr das Directionsgebäude an der Stirnseite der Anstalt gelegen sein.

Da die Idiotenanstalt schon infolge der grösseren Inanspruchnahme durch Wien in der Nähe der Grossstadt situirt werden dürfte und daselbst aber nur wenige entsprechend grosse, aber theuere Baugründe zu erwarten sind, so dürften ca. 30 ha Bau-, Park- und Gartengrund, welcher nach Abzug desjenigen für Garten- und Weganlagen noch beiläufig 6 ha für Gemüse und Obstkultur erübrigt, genügen. Die Kinderanstalt in Kierling-Gugging verfügt in ihrem Gemüsebau über eine äusserst lucrative Einrichtung, welche mehreren Knaben eine anregende Beschäftigung bietet und nicht nur allein den ganzen Bedarf an Gemüse zu decken vermochte, sondern auch noch einen beträchtlichen Ueberschuss an die Irrenanstalt abgab.

Die Anstalt soll gegen die herrschende Windrichtung geschützt, soll nach Thunlichkeit in der Mitte des Gebietes derart liegen; dass das Getriebe der Anstalt und das Verhalten der Kinder den Anrainern keine Veranlassung zu Beschwerden giebt.

Besonders ist darauf Bedacht zu nehmen, dass nicht auf dem Anstaltsgebiete Servituten, wie Strassenbenutzung oder wasserrechtliche Lasten haften, welche das spätere Anstaltsleben zu beeinträchtigen vermögen. Auch soll die Lage der Anstalt den Besuch billig und leicht ermöglichen, den Bediensteten immer die nöthige Ausbildung und Zerstreuung gestatten, die Erziehung der Anstaltskinder nicht erschweren und die Beschaffung der Beleuchtung, des Trink- und Nutzwassers und die Abfuhr der Schmutzwässer erleichtern.

Planskizze A für
4 Erziehungsgruppen
à 16—18 Kinder.



1 = Depot.
2 = Bade und Waschzimmer.
3 = Pflegezimmer.
4 = Cabinet.
5 = Schlafraum für 16—18 Kinder.
6 = Tagraum.
7 = Veranda.
8 = Aborte.

▬ = Fensteröffnungen. ⊐⊏ = Thüröffnungen.

Maassstab 0,5 cm = 2 m.

Zahl und Arten der Kinder-Pavillons.

Zur Unterbringung der verschiedenen Kategorien von Kindern sind zwei Arten von Pavillons nothwendig und hat der Verfasser für die Erbauung dieser zwei Arten beiliegende Plantypen A und B entworfen, welche allen Anforderungen vom ärztlichen, administrativen und pädagogischen Standpunkte entsprechen.

Pavillon für bildungsfähige Kinder.

Type A.

Derselbe ist einstöckig und enthält im Erdgeschosse und im ersten Stocke je 4 Wohngruppen für je 16 Kinder. Diese Zahl gestattet erfahrungsgemäss

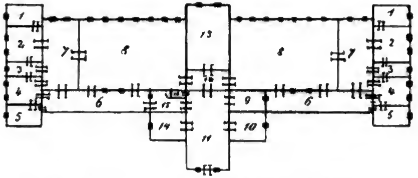
noch die individualisirende Erziehung wie in einer vielköpfigen Familie.

Zwei Stiegenanlagen ermöglichen im Bedarfsfalle die Isolirung der Gruppen ohne Störung, wie solche z. B. beim Ausbruche von Infectionskrankheiten regelmässig nothwendig werden.

Jede Wohngruppe besteht aus:

Nr. 8. Abortanlage mit 2 Sitzen und einem kleinen Rumpelraum,
„ 7. Veranda, 9×2 m,
„ 6. Tagraum, 7×9 m,
„ 5. Schlafraum, 8×13 m,
„ 4. Einzelzimmer, 2,5×5 m (Krankenzimmer),
„ 3. Pflegerzimmer, 2,5×5 m,
„ 2. Bade- und Waschzimmer, 3×5 m,
„ 1. Depot, 3×5 m.

Planskizze B. für
2 Pflegegruppen
à 20 Kinder.



1 = Depot.
2 = Badezimmer.
3 = Raum für schmutzige Wäsche und Rumpelkammer.
4 = Aborte.
5 = Cabinet.
6 = Veranda.
7 = Tagraum.
8 = Wachsaal.
9 = Aerzte-Zimmer.
10 = Depot.
11 = Stiegenhaus.
12 = Verbindungsgang.
13 = Schlafzimmer für Pfleger.
14 = Speisezimmer für Pfleger.
15 = Spülküche.
16 = Abort für Pfleger.

■ = Fensteröffnungen. ⊏⊐ = Thüröffnungen.

Maassstab: 0,5 cm = 2 m.

Im Untergeschosse befinden sich die Zentral-Heizanlagen und die Kohlenkeller, Depots für Holzgeschirr und Schmutzwäsche. In der Mansarde sind Bodenräume und Arbeitszimmer mit Abortanlagen zu errichten. Die Verlegung von Wohnungen der Bediensteten mit Familien in diese Pavillons sind grundsätzlich zu vermeiden.

Nach dieser Type sind erforderlich:

für 353 bildungs- u. unterrichtsfähige K. 3 Pavillons
„ 280 „ „ „ M. 2 „
Summa: 5 Pavillons.

Pavillon für pflegebedürftige Kinder.
Type B.

Der Pavillon ist einstöckig und enthält in jedem Geschosse 2 Abtheilungen. Jede dieser Abtheilungen ermöglicht die Unterbringung von 20 pflegebedürftigen Kindern in hell belichtetem Wachsaal 8. Ausser dem Wachsaal wird ein Tagraum 7 zum Aufenthalte für die sogenannten Sitzkinder während der kalten Jahreszeit und eine Veranda während des Sommers benöthigt. Letztere ist überhaupt zur Dauerlagerung anämischer und besonders unreiner Kinder von unschätzbarem Werthe.

Jede Pflegegruppe besteht aus:

Nr. 8 Wachsaal, 10×15 m,
„ 7 Tagraum, 5×10 m,
„ 6 Veranda, 3×15 m,
Nr. 5 Einzelzimmer, 2,5×5 m,
„ 4 Abort mit 4 Sitzen, 4×5 m,
„ 3 Rumpelkammer, 2×5 m,
„ 2 Bade- u. Waschraum, 5×5 m,
„ 1 Depot, 3×5 m.

Zwischen den beiden Pflegegruppen liegt

Nr. 11 das Stiegenhaus oder der Raum für eine Steigbahn, 6×11 m,
„ 14 Besuchszimmer, gleichzeitig das Speisezimmer der Pfleger, 5×5 m,
„ 15 Spülküche mit einer Abortanlage, 3×5 m,
„ 9 ärztliches Zimmer, 2,5×5 m, im Erdgeschoss,
„ 10 Depot, im I. Stock,
„ 12 Verbindungsgang, 3×6 m,
„ 13 Schlafzimmer für 8 Pfleger, 6×9 m,
„ 16 Abortanlage.

Im Kellergeschoss Zentralheizanlage, Kohlenkeller, Raum für Schmutzwäsche, Depot für Holzgeschirr.

Nach dieser Type B sind erforderlich:

für 247 pflegebedürftige Knaben 3 Pavillons
„ 120 „ Mädchen 2 „
Summa: 5 Pavillons.

Für Pensionäre I. Klasse müssten 2 separate Villen errichtet werden. Die Pflegebedürftigen könnten die Wohnräume im Erdgeschosse, die Unterrichtsfähigen im I. Stocke erhalten.

Für Pensionäre II. Klasse genügt die reichere Ausstattung einer Abtheilung in den Plänen A und B und die Einstellung von zehn Pensionärbetten.

Lazareth.

Bei einem Verpflegsstande einer Idiotenanstalt von 1000 Kindern ist die Errichtung eines Lazareths mit einem Belagraum von 30 Betten dringlich.

In demselben sind ein Operationssaal, ein ärztliches Zimmer, ein Pflegerzimmer für 4 Pflegerinnen, eine Wohnung eines Tractpflegerpaares, ein kleiner Tagraum, zwei anstossende Krankenzimmer mit Veranden für Knaben und Mädchen, einige aus den Krankenzimmern zu erreichende Einzelzimmer, ein Bad, ein Depot, eine Abortanlage mit 4 Sitzen, eine Rumpelkammer für Schmutzwäsche unterzubringen.

Ein mustergiltiges Lazareth besitzt die Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling.

Infectionskrankenabtheilung.

Das häufige Vorkommen von infectiösen Krankheiten unter den Kindern macht die Anlage eines Pavillons zur Unterbringung von inficirten Kindern — Grösse und Ausstattung nach dem Plane des Infectionskrankenhauses in Mauer-Oehling — nöthig.

Kapelle — Festsaal.

Die Bestrebungen, die schwachsinnigen Kinder einer sittlich religiösen Erziehung zuzuführen und den Bediensteten Gelegenheit zu geben, ihren religiösen Pflichten nachkommen zu können, macht die Errichtung einer Anstaltskapelle mit einem Fassungsraum für 600 Personen nothwendig. Der Festsaal kann in das Schulgebäude verlegt werden.

Küche — Wäscherei.

Die Küche (eine moderne Dampfkochküche) mit einer Leistungsfähigkeit, Einrichtung, wie solche die Küche der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling besitzt, wird für die Idiotenanstalt mit 1000 Pfleglingen vollkommen genügen.

Nur wäre eine Aenderung des Planes dahin in Vorschlag zu bringen, dass in das erste Stockwerk die Speisezimmer für 600 erziehungsfähige Zöglinge verlegt werden, um den Transport der Speisen aus der Küche in die Pavillons und das Reinigen des Essgeschirres in den Letzteren zu ersparen. Speiseaufzüge aus der Küche in das erste Stockwerk, halbgedeckte Wandelgänge von den Pavillons zu der Küche, welche bei regnerischem Wetter auch sonst zum Spazieren der Kinder Verwendung finden könnten, wären dann allerdings nothwendig. Die Ausspeisung der Kinder in den Pavillons für Pflegebedürftige, im Lazarethe und in der Infektionskrankenabtheilung müsste auf den Abtheilungen erfolgen. Die Reinigung der oft sehr besudelten Wäsche erfolgt in einer Dampfwäscherei, welche mit Plätt- und Nähstuben reichlich ausgestattet ist.

Schulgebäude — Werkstätte.

Die Anzahl und Grösse der Schulzimmer hängt von der Zahl der Kinder ab, welche während einer bestimmten Unterrichtszeit ohne Schädigung der mehr individualisirenden Unterrichtsmethode von Fachleuten noch zugestanden wird.

Gezählt werden 240 unterrichtsfähige Knaben und 140 Mädchen.

Gewöhnlich werden 20 Kinder, in reich ausgestatteten Anstalten auch weniger, in einem Schulzimmer unterrichtet.

Am zweckmässigsten empfiehlt sich ein separates Schulhaus mit Turnhalle und Spielplatz.

Die Idiotenanstalt in Dalldorf verfügt zur Beendigung einer schulplanmässigen Erziehung über sechs Klassen. Ausserdem werden die Knaben zu Handwerkern, als Buchbinder, Tischler, Schuster, Schneider, Korbflechter, Gärtner, Hausarbeiter, die Mädchen in allen weiblichen Hausarbeiten unterwiesen. Ein Werkstättenhaus nach dem Plane eines solchen in Mauer-Oehling genügt.

Wasserversorgung.

Da der Wasserbedarf mit Rücksicht auf die besondere Körperpflege der schwachsinnigen Kinder ein sehr grosser sein wird, andererseits der Gemüsebau und die Strassenbespritzung, die Closetanlagen, viel Wasser beanspruchen, so ist der tägliche Bedarf auf 4000 hl nicht zu hoch bemessen.

Zur Sicherung der Pavillons vor Feuersgefahr müssen innerhalb und ausserhalb der Objecte gut functionirende Feuerhydranten angebracht und in der Anstalt selbst eine Löschabtheilung organisirt und die in der nächsten Nähe befindliche Feuerwehr jedes Jahr zu Uebungen im Anstaltsgebiete herangezogen werden.

Kanalisation und Abortanlage.

Die Fäkalien- und Schmutzwasserabfuhr erfolgt nach dem behördlich genehmigten Muster in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling.

Die Aborte daselbst sind ebenfalls mustergiltig.

Bad- und Wascheinrichtung.

Muster in Mauer-Oehling.

Turnhalle — Freibad.

Ein gedeckter Spielplatz ausgestattet mit einfachen Turngeräthen ist in jeder Idiotenanstalt zu finden.

Ein kleines Freibad macht den Kindern grosse Freude.

Gartenanlagen — Warmhaus.

Eigentliche mit Zäunen versehene Gärten sind überflüssig, weil sich die Kinder in ihren Gruppen bald daran gewöhnen, die Grenzen der für sie bestimmten Gärten nicht zu überschreiten.

Leichenhaus mit Todtenwächter

ist nach dem Muster in Mauer-Oehling zu errichten.

Zahl der Objecte:

Directionsgebäude 1,

Kapelle 1,

Schulgebäude mit Festsaal und Turnhalle 1,

Werkstättenhaus 1,

Küche mit Speisesaal 1,

Wäscherei mit Trockenboden 1,

Maschinenhaus mit Centralbad 1,

Warmhaus 1,

Pavillons für pflegebedürftige Knaben, nach Planskizze B 247 Knaben, 3,

Pavillons für pflegebedürftige Mädchen, nach Planskizze B 120 Mädchen, 2,

Pavillons für erziehungs- und unterrichtsfähige 343 Knaben, nach Planskizze A, 3,

Pavillons für erziehungs- und unterrichtsfähige 280 Mädchen, nach Planskizze A, 2,

Pensionärvilla für Knaben 1,

" " Mädchen 1,

Lazareth 1,

Infectionskrankenabtheilung 1,

Central- und Freibad 1,

Leichenhaus 1,

Schwesternheim 1.

Anmerkung.

Die Errichtung einer grossen Idiotenanstalt in Niederösterreich ist geplant und wurde im Landtage durch den Landes-Ausschuss-Referenten Steiner, den verdienstvollsten Reformer auf dem Gebiete der Irrenfürsorge, eine einschlägige Vorlage eingebracht.

Mittheilungen.

— **II. Landes-Congress der ungarischen Irrenärzte in Budapest.** (III. Sitzung, 27. October 1902). Schluss.

Ludwig Hajós: Die am besten entwickelten Zweige der normalen Menschenkenntniss sind diejenigen, welche sich auf solche Individuen beziehen, welche in zwangsweiser socialer Isolirung oder in grosser Abhängigkeit von einander leben, so z. B. Soldaten, Seeleute, Sträflinge oder auch Völker, welche in einem primitiven Culturzustande leben. Doch auch diese Zweige der Menschenkenntniss sind noch nicht zum Niveau der wissenschaftlichen Psychoanthropologie erhoben. In den naturhistorischen Disciplinen wurde die Arbeit der Datensammlung auf diesem Gebiete nur ganz sporadisch unternommen. Und wo die wissenschaftliche Qualification der Forscher keinem Zweifel unterlag, wie z. B. bei den criminalpsychologischen Untersuchungen, dort haben die erreichten Erfolge darum keinen genügend hohen anthropologischen Werth, weil sich diese Untersuchungen nicht auf den normalen, sondern auf den verworfenen Menschen beziehen. Trotzdem sich die Geschichtsschreiber und Biographen nicht mit Massenuntersuchungen, sondern mit der Analyse einzelner Individualitäten beschäftigen, wird der Werth ihrer Daten vom anthropologischen Standpunkte aus darum sehr herabgesetzt, weil sie sich wieder nicht auf normale, sondern auf in gewissem Sinne hervorragende Individuen beziehen.

Im Sammeln von normal psychologischen Kenntnissen sind die Pädagogen und Psycho-Physiker — abgesehen von der Verallgemeinerung der Erfolge dieser subjectiven Introspection — am weitesten voraus. Die ersteren sammeln ihr Material allerdings nur in den einzelnen Stadien der Entwickelung und können so das ganze Gebiet der Psycho-Anthropologie nicht beleuchten. Das verringert jedoch den Werth ihrer Daten nicht in dem Maasse, als der Umstand, dass die Gesichtspuncte ihrer Beobachtung einer naturwissenschaftlichen Basis im strengen Sinne des Wortes entbehren und nur berufen sind, der Erziehungkunst zu dienen. Die Untersuchungen der Psycho-Physiker besitzen in jeder Hinsicht vollen wissenschaftlichen Werth. Dass die Psycho-Anthropologie ihre Daten dennoch nicht genügend verwerthet, findet seine Erklärung darin, dass diese Untersuchungen den Verhältnissen der grossen menschlichen Gesellschaft gegenüber bloss die Bedeutung microscopischer Forschung haben; sie sind kaum dazu geeignet, die Psychologie eines einzelnen Menschen in kleinen Bruchstücken erkennen zu lassen, wie könnten sie daher dazu berufen sein, zur Erkenntniss der psychischen Constitution und der psychischen Typen der ganzen Menschheit zu führen?

Zur Erkenntniss der normalen psychischen Constitution und deren Typen können nur gross angelegte Untersuchungen führen. Die Elemente dieses Bestrebens sind in der Erkenntniss der genauen Biographie sehr vieler normaler Durchschnittsmenschen zu suchen. Es sind also solche Biographien anzuhäufen, welche nur das objectiv Festzustellende enthalten und auch das nur mit der gewohnten Gründlichkeit der psychiatrischen Untersuchungen, mit der eindringlichen Beachtung der psychischen Symptome und der Verhältnisse des Organismus aufzunehmen. Die Aufgabe dieser Untersuchungen ist folgende:

1. Die Erkenntniss der psychischen Normaleigenschaften, welche der ganzen Menschheit eigen sind.

2. Die Erkenntniss der enger begrenzten Gattungs-Varietäten.

3. Die Erkenntniss der psychischen Rasseneigenthümlichkeiten bei den gemischten Rassen.

4. Die Trennung der socialen Kunstproducte von den allgemein menschlichen und den Rassen-Eigenheiten.

5. Die Trennung der individualen und Gattungs-Varietäten von der Degeneration.

6. Die Unterscheidung der normalen und degenerirten Typen und der einzelnen Formen der Geisteskrankheiten.

Discussion:

Ranschburg: Wir pflegen zu sagen, dass die Medicin eine exacte Wissenschaft ist. Doch sind wir in unseren Studien oft durchaus nicht exact. Wir kennen die pathologischen Erscheinungen, ohne von den normalen etwas zu wissen, die Beurtheilung der letzteren geschieht — besonders in der Psychiatrie — auf Grund individueller Anschauungen. Ich vermisse im Vortrage die Anleitung dazu, auf welche Weise das normale psychische Leben studirt werden soll. Die Untersuchung an grossen Massen zu beginnen, während wir noch nicht einmal im Stande sind die Psyche eines einzelnen Individuums zu erkennen, grenzt an Unmöglichkeit.

Es wäre zu wünschen, dass die Psychophysik den Werth der Microscopie hätte (wie das der Vortragende erwähnte), wir besässen dann wenigstens ein werthvolles Untersuchungs-Instrument, um die Gehirn- und Seelenfunction eines einzelnen Individuums zu analysiren. Es soll betont werden, dass in erster Reihe das Psychicum des einzelnen Individuums untersucht und erkannt werden muss.

Hajós: Er nannte die Psychophysik darum eine Microscopie, weil sie sich nur mit den einzelnen Functionen einzelner Individuen befasst und nicht mit der Gesammtheit; unter allen unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden ist sie demnach die exacteste. In der Untersuchung muss — wie allgemein in der Sociologie — mit grossen allgemeinen Bildern begonnen werden.

13. Stephan Hollós: Mittheilungen über die Paralysis progressiva in Ungarn.

Der Vortragende constatirt die consternirende Thatsache, dass die Paralyse in Ungarn so verbreitet ist, wie nirgends anderswo im Auslande. In sämmtlichen ungarischen Staats-Anstalten bildete die Paralyse in den letzten fünf Jahren 33 % der Fälle, während im Auslande in mehr als hundert Instituten im Durchschnitte nur 15—20 % von Paralyse untergebracht waren. Mit Hülfe verschiedener Methoden schliesst der Vortragende aus der Zahl der Fälle, welche in Instituten untergebracht sind, auf die Erkrankungsverhältnisse der ganzen Bevölkerung und kommt zu dem Schlusse, dass die Erkrankung bei uns beiläufig doppelt so häufig auftritt als im Auslande.

Im zweiten Theile des Vortrages forscht der Vortragende nach den specifisch ungarischen Verhältnissen, welche die grosse Ausbreitung der Paralyse zu erklären im Stande wären. Der Lues und der Heredität kommt bloss eine secundäre Bedeutung zu. Nach einem kurzen historischen Rückblicke führt H. aus, dass unsere Mittelklasse eine derartige geistige Arbeit verrichtet, dass sie einen besonders günstigen Boden zur Verbreitung der Paralyse abgiebt. Das bezieht sich hauptsächlich auf die geistigen Arbeiter der Provinzial-Städte, auf Richter, Ingenieure, Advokaten, Aerzte, Kaufleute. Diese Annahme unterstützt der Vortragende durch statistische Tabellen, welche von 14040 Kranken aufgenommen wurden.

Discussion:

v. Sarbó hat eine Reihe von Bedenken gegenüber den Schlüssen, zu welchen der Vortragende gelangte; es muss zugegeben werden, dass die Zahl der Paralytiker zunimmt, aber ob das auch wirklich in dem Maasse geschieht, wie der Vortragende annimmt? Es ist eine Thatsache, dass bei uns die Zahl der Paralytiker in den Instituten im Verhältnisse zu anderen Kranken eine grössere ist als im Auslande, doch hat der Vortragende wohl nicht daran gedacht, wie viel Percent aller Geisteskranken bei uns, wie viel im Auslande in Anstalten untergebracht sind? Dass bei uns 78 % der Fälle dem Richterstande angehörten, beweist nur so viel, dass der Staatsbeamte leicht Aufnahme in die Anstalt findet; gerade der Richter verfügt über eine Ferialzeit, die der Vortragende fordert. Dass der Vortragende bei Paralytikern 29 % Lues fand, bei nicht Paralytikern nur 4 %, spricht dafür, dass der Lues bei der Paralysis eine aetiologische Rolle zukommt.

Der Vortragende zählt zu den Ursachen der Paralyse auch den Kampf um die Existenz, das „hoch hinauswollen“. Diese Gebrechen der modernen Gesellschaft können wohl Neurasthenie, Wahnideen, Melancholie erzeugen, aber doch keine organischen Veränderungen. Uebrigens beweist ja schon die häufige Complication der Paralysis mit der Tabes, dass es sich nicht nur um geistige Ueberanstrengung handelt; jenes Agens, welches anatomische Veränderungen hervorruft, ist auch als Ursache der Demenz anzusehen. Und wenn wir bei anderen Erkrankungen zugeben, dass es toxische Agentien giebt, welche secundäre Degenerationen zu verursachen im Stande sind, warum sollen wir das gerade bei der Lues leugnen. Die luetischen Veränderungen innerer Organe können wir manchmal nicht einmal am Secirtische als solche erkennen wenn wir unsere klinischen Erfahrungen nicht zu Hilfe nehmen.

Salgó weist ebenfalls darauf hin, dass die Lues Paralyse und Tabes zu erzeugen im Stande ist. Doch hat die Paralyse auch andere Ursachen. Wenn der Richterstand ein so grosses Contingent von Paralytikern liefert, so ist das sicherlich nicht der gewöhnlichen richterlichen Thätigkeit zuzuschreiben. Es müssen andere, mit der richterlichen Thätigkeit nicht zusammenhängende Arbeiten sein, welche eine solche Neigung zur Erschöpfung erzeugen. Gegenüber den Ausführungen Sarbó's muss erwähnt werden, dass auch Erschöpfung im Stande ist, tiefere Veränderungen in der Materie zu erzeugen.

v. Oláh versuchte einst die Paralyse aus socialen und politischen Verhältnissen — wie sie bei uns nach dem Jahre 1848 zu finden waren — zu erklären. Er hat seine Ansicht seither geändert und sich davon überzeugt, dass diese Verhältnisse bloss zur Neurasthenie führen; er hat gesehen, wie die Paralyse gesunde, sorglos lebende Individuen befällt,

während der Neurastheniker kaum je zum Paralytiker wird. Der Neurastheniker wird gesund, wenn er ausruht, der Paralytiker niemals. 1—2 Percent aller Luetischen wird paralytisch. Darum kann die Paralyse dennoch nicht ausschliesslich auf Rechnung der Lues geschrieben werden. Es ist anzunehmen, dass der Lues eine aetiologische Rolle zukommt, ausserdem giebt es jedoch noch eine ganze Reihe aetiologischer Momente, die nicht im individuellen Leben, sondern weit entfernt von demselben zu suchen sind.

Hollós: Der Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse ist ein sehr heikler Punct. Die Paralysis geht ihren Weg, sie läuft ab, sie macht Remissionen, ohne dass wir wüssten, warum? Die Fälle, in welchen wir in der Anamnese Lues finden, sind häufig, noch häufiger sind jene Fälle, in welchen wir von psychischen Einflüssen hören. Es ist möglich, dass Lues mit Paralyse einhergeht, manchmal finden wir auch den Alcoholismus neben der Paralyse, darum zu behaupten, dass diese Erkrankungen die Paralyse verursachen, wäre eine so weitgehende Schlussfolgerung, zu welcher wir nicht berechtigt sind. In vielen Fällen lässt sich die Lues absolut nicht nachweisen — hier müssen wir also eine andere gänzlich unbekannte Ursache annehmen.

14. Ernst Frey: Histologische Präparate eines Falles von Idiotie.

Was immer die Ursache des Idiotismus auch sein mag, derselbe stellt immer ein einheitliches klinisches Bild dar. Die anatomischen Veränderungen im Gehirne sind jedoch je nach der verschiedenen Aetiologie verschieden. Am häufigsten beobachten wir den Idiotismus, welcher sich der cerebralen Kindeslähmung zugesellt und bei welchem wir die ausgebreitetsten anatomischen Veränderungen beobachten. Der macroscopische Character dieser Veränderungen ist der, dass das Gehirn in seiner Entwickelung zurückbleibt, kleiner und leichter wird als beim normalen Menschen. Auch die äusserliche Configuration ändert sich, die Windungen werden schmäler und flacher, die Furchen tiefer und breiter. Die feineren histologischen Veränderungen zeigt der Vortragende in einer Serie von frontalen und horizontalen Schnitten. Als Ergebniss seiner Untersuchungen fand der Vortragende, dass das anatomische Substrat der Idiotie darin besteht, dass im Rindengebiete der Flechsig'schen Associationscentren, sowohl die supraradiären, als auch die tangentialen Fasern verkümmert oder überhaupt nicht zur Entwickelung gelangt sind.

* * *

Nachdem die Tagesordnung des Congresses hiermit erschöpft ist, werden die gestellten Anträge verlesen, darunter derjenige des Secretärs Ladislaus Epstein, welcher die Schaffung eines ständigen Ausschusses beantragte. Dieser Antrag wird dem Vorbereitungs-Comité zugewiesen, damit dieses bis zum nächsten Congresse die Statuten dieser Commission ausarbeite.

Hierauf würdigte der Vorsitzende Gedeon Raisz in schwungvollen Worten die Erfolge der Berathungen und schloss den Congress. Epstein (Budapest).

— **Königsberg.** Die psychiatrische Abtheilung an der städtischen Krankenanstalt hat bis jetzt unserer Universität als psychiatrische Klinik gedient. Es kam dieser Benutzung der Umstand zu gute, dass der zeitige Director des Krankenhauses, Herr Professor Dr. Meschede, einen ausgezeichneten Ruf als Psychiater genoss und dass infolgedessen die Abtheilung stets sehr stark belegt war, während die Stadt eine Verpflichtung zur Aufnahme von Geisteskranken, namentlich aber zu ihrer Behandlung, nicht hat. Da Herr Professor Dr. Meschede zum 1. April aus seiner Directorstellung scheidet, hat sich im Auftrage des Unterrichtsministeriums der Herr Oberpräsident als Kurator der Universität an die Stadt mit der Anfrage gewandt, ob auch fernerhin die psychiatrische Abtheilung der Anstalt für Unterrichtszwecke zur Verfügung stehe und ob auch bei der Ausschreibung der neu kreierten Stelle eines leitenden Arztes der inneren Abtheilung eine psychiatrische Vorbildung verlangt worden sei. Das letztere ist nicht der Fall, wohl aber hat die Stadt ihre Geneigtheit ausgesprochen, im Interesse der Universität und um der medicinischen Fakultät den psychiatrischen Lehrstuhl zu erhalten, auch künftig bis zum Neubau einer psychiatrischen Universitätsklinik die psychiatrische Abtheilung des Krankenhauses zu Lehrzwecken zur Verfügung zu stellen und dem jeweiligen Inhaber des Lehrstuhles die Leitung der psychiatrischen Abtheilung zu übertragen. Auf dieser Grundlage sollen nun weitere Unterhandlungen geführt werden.

(Hartungsche Ztg.)

— **Occultismus in Schlesien.** In einer der letzten Sitzungen der breslauer Gesellschaft für psychische Forschung gab der Vorsitzende, Rechtsanwalt Dr. Bohn, ein Bild der occultistischen Bewegung in Schlesien. „Er begann, wie die Schles. Ztg. vom 8. Nov. in ausführlichem Bericht mittheilte, seine Darstellung mit dem Jahre 1853, in welchem der americanische Spiritismus in Deutschland eindrang, während die Zeit vorher ohne Einfluss auf unsere jetzigen Zustände geblieben ist.

Im Jahre 1848 brach in Hydesville (America) die Epidemie des Tischrückens aus. Dieses bestand darin, dass sich mehrere Personen an ein Tischchen setzten, es durch Auflegen der Hände zum Rücken brachten und dadurch mit Geistern in Verbindung zu treten glaubten. 1853 fand der Cult des Tischrückens in Deutschland und insbesondere in Schlesien Eingang. Den Mittelpunct der Bewegung bildete Nees von Esenbeck, der in der Presse dafür eintrat; und der mystische Sport wurde in zahlreichen Familienzirkeln betrieben. Zur Bildung eines Vereins kam es indess noch nicht. Bald ebbte die Fluth ab, und nur im Geheimen blieben einige Cirkel bestehen. Mit einem derselben wurde 1863 ein Maurermeister Laugwitz in Breslau bekannt, der dann ein gutes „Schreibmedium" in einem Maurer namens Wagner entdeckte. Laugwitz selbst war Anhänger der Reincarnationslehre, und sein Medium brachte selbstverständlich Geisterkundgebungen in diesem Sinne zustande. 1865 bekehrte Laugwitz den Arzt Dr. Grossmann zum Spiritismus und zu seinen Ansichten.

Grossmanns Sohn sowie ein Tischler August Kleiner, entwickelten sich zu vorzüglichen Schreibmedien. Dieser Kreis cultivirte indess nicht den americanischen Spiritismus, sondern eine in Frankreich entstandene und von dort aus in Deutschland verbreitete Variation desselben, den Kardecismus — so benannt nach einem französischen Gelehrten und Spiritisten Allan Kardec, der Anhänger der Reincarnationslehre war und behauptete, in einem früheren Leben Allan Kardec geheissen zu haben. Ein Anhänger Kardecs, Constantin Delhez, hatte in Wien einen spiritistischen Verein gegründet, trat auch mit Dr. Grossmann in Verbindung, und wohl unter Delhez's Einfluss kam 1869 die Gründung des „Spiritistischen Vereins in Breslau" zu stande. Der Verein hatte bald 20 Mitglieder, darunter einen Somnambulen, zwei Sprechmedien, vier Schreibmedien und zwei Medien für Psychographie. Aber schon nach wenigen Monaten widerfuhr ihm das Schicksal, dass ein Geistlicher, der den Sitzungen beigewohnt hatte, sich in einem Artikel in der „Gartenlaube" dahin aussprach, dass in diesem Vereine „tollster Aberglauben" getrieben werde. Diese öffentliche Blamage wirkte natürlich vernichtend auf den Verein. Aber 1871 constituirte er sich aufs neue und man beschloss, nunmehr „wissenschaftlich" vorzugehen. Die Geister trieben indess dort nach wie vor ihr Wesen, und 1877 führte die Lehre eines americanischen Spiritisten Namens Davis zu so tiefgehenden Differenzen unter den Mitgliedern, dass der Verein endgültig einging.

Aus dem noch vorhandenen und im Besitze des Vortragenden befindlichen Vereinsarchiv lässt sich erkennen, dass der Verein eigentlich eine religiöse Secte bildete. An der Spitze des „Bundes" stand ein „Führer", dem ein Comitee von sechs Mitgliedern zur Seite gestellt war. Die Mitglieder nannten sich „Brüder" und „Schwestern". Der Zweck des Bundes war: „alle Thatsachen aus spiritistischen Erfahrungen zu studiren und auf das moralische Seelenleben in practische Anwendung zu bringen". Zu diesem Zweck nahm man in wöchentlichen, für die profane Mitwelt mit dem Schleier des tiefsten Geheimnisses umgebenen Sitzungen durch Medien Rathschläge der „Geistigen Brüder" entgegen. Dabei ging es sehr feierlich zu. Der „Führer" rief bei Beginn Gott den Vater um Segen und Erleuchtung an. Vor ihm stand ein dreibeiniger Tisch, auf dessen Platte ein Papierbogen mit 12 Kupferstiften befestigt war. Auf diesem Bogen standen das Alphabet, die Ziffern, eine Paraphrase des Vaterunsers und die Worte: „Heilig ist Gott der Vater, Amen". In der Mitte befanden sich ein elfenbeinernes Crucifix und ein sogenannter Storchschnabel. Das Medium setzte sich an den Tisch, legte die Hand auf den Storchschnabel, fiel in Krämpfe, und der Storchschnabel fuhr nun von einem Buchstaben zum andern. Daraus setzte man Wörter und Sätze zusammen, die man für Geisteroffenbarungen hielt. Es handelte sich offenbar um hysterische oder suggestible Personen, bei denen im Traumzustande sich Persönlichkeitsspaltung und der psychische Automatismus in seinen verschiedenen Formen entwickelten. Ihre characteristische Färbung erhielten die Manifestationen durch die Suggestionen Grossmanns, der der einzige Academiker des Zirkels war. Aber er und seine Anhänger verstanden von Psychologie nichts, und daher wurde den psychopathischen Zuständen eine spiritistische Deutung gegeben.

Etwa zur selben Zeit, als in Breslau die französische Richtung des Spiritismus Boden gewann, entstand im bunzlauer Kreise eine mystische Bewegung, die durch ein einfaches Bauernmädchen hervorgerufen wurde. Hermine Schul, die Tochter des Erb- und Gerichtsschulzen Schul in Neuhammer, Kreis Bunzlau, war im Jahre 1867 erkrankt, gleichzeitig starb ihr Bruder, und diese beiden Ereignisse lösten in ihr einen eigenartigen psychopathischen Zustand aus, der wahrscheinlich hysterischer Somnambulismus war. Traumerscheinungen religiösen Characters versetzten sie in Exstasen, in denen sie sich für eine „Weckstimme" aus dem Geisterreich erklärte, ihre Visionen verkündete und unter Mahnungen zur Buse eine nahende Schreckenszeit prophezeite. Von den Landleuten machte sich ein Theil über sie lustig, ein grosser Theil aber glaubte an sie, zumal auch ein Geistlicher sie für eine Abgesandte Gottes erklärte. Sie zog von Dorf zu Dorf und redete nachweisbar in zwölf verschiedenen Ortschaften. Der Andrang zu ihren Predigten war ungeheuer. Von 1869 bis 1872 fehlen Nachrichten von ihr. 1872 heirathete sie einen Hutmacher Schnelle. Sie prophezeite nun, man müsse nach dem Kaukasus ausziehen, wenn man der Schreckenszeit entrinnen wolle. Ihre Gläubigen folgten ihr, und die ganze Gesellschaft wanderte wirklich nach dem Kaukasus — in Noth und Elend hinein. Ein Theil starb; einige wenige, darunter die Prophetin selbst, kehrten nach Schlesien zurück. Sie soll jetzt noch in Breslau leben und in einem Anhängerkreise besonders am Charfreitage Sitzungen geben.

Bestimmend für die weitere Gestaltung des Occultismus in Schlesien wurde dann die Lehre eines americanischen Schusters Jackson Davis, der von Geistern erleuchtet zu sein behauptete. 1847 gab er ein Buch „The principles of nature" heraus, von 1850 bis 1860 ein sechsbändiges Werk „The great harmonia". In diesem gab er ein vollständiges philosophisches System, in dem sich die warmherzige Verkündung socialer Ideen mit krassem Unsinn mischte. In Deutschland nahm sich der alte Naturphilosoph Nees von Esenbeck des americanischen Autodidacten an und begann 1869 gemeinsam mit Dr. Wittig eine Uebersetzung der Davis'schen Werke, ohne jedoch breitere Massen dafür interessieren zu können. Erst 1881 brachte ein americanischer Wundermann Namens Cyriax, die Sache auch hier in Fluss. Als Apothekerlehrling war er einst von Nordhausen ausgewandert; als Professor, Dr. med., Medium und Tranceredner kam er zurück. In America hatte er Davis und — den americanischen Humbug kennen gelernt, und beides verwerthete er hier mit ausbündiger Charlatanerie. Er gründete sich ein Organ, „Neue spiritualistische Blätter", das dreisten Schwindel und Blödsinn mit frömmelnder Tunke übergossen darbot, fand in gewissen Volkskreisen zahlreiche Anhänger, und die neue geistige Epidemie griff besonders in Sachsen

— dem Centrum der Bewegung — so um sich, dass die Obrigkeit einschreiten musste.

In Schlesien gab die neue Lehre den Anstoss zu einer umfangreichen Sectenbildung unter der Weber- und Bergmannsbevölkerung. Die Entwickelung dieser Sectenbildung ist allerdings schwer zu verfolgen, weil es an Quellen mangelt und natürlich alles geheim gehalten wird. Zunächst entstand in Kunzendorf, Kreis Neurode, ein „Verein für harmonische Philosophie." Das Centrum dieser Bewegung aber liegt im waldenburger Gebirge. 1884 wurde dort in Seitendorf eine „Spiritualistische Vereinigung Himmelsbotschaft" gegründet, die erst im October 1895 an die Oeffentlichkeit trat. Der Verein begab sich dann unter die Aegide des berliner spiritistischen Vereins „Psyche" und liess sich 1896 von Berlin einen spiritistischen Redner Karl Wald kommen, dessen Vorträge dem Verein so gewaltigen Zuwachs brachten, dass er in Altwasser, Waldenburg und Dittersbach Zweigvereine gründete. So wurde denn am 6. December 1896 in Altwasser der „Spiritistische Verein Nächstenliebe" gegründet, der in demselben Monat in Dittersbach gegründete Verein nannte sich „Spiritualistischer Verein Treue Freundschaft". 1897 entstand der „Verein für harmonische Philosophie" zu Muskau-Weisswasser, der es auf über 100 Mitglieder brachte. Im Laufe der letzten Jahre wurde schliesslich noch der Verein „Himmelsbotschaft" in Niderhermsdorf, Kreis Waldenburg, ins Leben gerufen. Auch Jägerndorf O.-S. besitzt seit 1897 eine „Harmonische Gesellschaft".

Es ist ein psychologisches und ein sociales Problem, das diese Vereine darbieten. Sie lassen sich im wesentlichen als Secten characterisiren, deren Dogma der Glaube an Gott und einen Verkehr mit den Geistern ist, und die aus diesem Glauben die Forderung eines sittlichen und religiösen Lebenswandels herleiten. So bezeichnet das seitendorfer Statut es als Vereinszweck, „den wahren Glauben an ein Weiterleben nach dem Tode zu fördern und die gegenwärtige Schwester- und Bruderliebe zu pflegen". Der Verein in Altwasser bezweckt ausserdem, „die Erforschung der spiritistischen und verwandten Erscheinungen" zu fördern. Sehr bezeichnend für den Ursprung der Bewegung lautet § 1 des Statutes des Vereins Muskau-Weisswasser: „Der Verein bezweckt die Fortbildung und allseitige Veredelung, sowie die Hebung und Verbreitung nützlicher Kenntnisse zur Entfaltung wahrer Selbsterkenntniss nach den Grundprincipien unumstösslicher Naturgesetze im Sinne der literarischen Schöpfungen der „Grossen Harmonie" und der ihnen verwandten Zweige des reinen Spiritismus und Spiritualismus im allgemeinen anzubahnen und zu fördern". Der jägerndorfer Verein hat auch die Förderung einer „naturgemässen Lebens- und Heilweise" in sein Programm aufgenommen.

Die Mitglieder dieser Vereine gehören meistens den ärmeren Kreisen an. Man versammelt sich wöchentlich und begrüsst sich mit „Gelobt sei Jesus Christus" oder „Gott grüsse dich Bruder (oder Schwester)" oder „Gott zum Gruss". Dann eröffnet der Vorsitzende die Sitzung „durch Gesang und Gebet, in frömmster Harmonie nach besten Kräften". Unterdessen verfällt eine und die andere Person in einen krampfartigen (Trance-)Zustand, wird scheinbar leblos, und angebliche Geister beginnen durch sie mit fremder Sprache zu predigen und Offenbarungen zu geben. Mit Gesang und Gebet schliesst man die Sitzung.

Das Ganze wirkt auf den Neuling ungemein verblüffend. Die Medien reden in einer von ihrer gewöhnlichen Ausdrucksweise ganz verschiedenen Sprache, und auch der Inhalt ihrer Reden scheint über die Fähigkeiten gewöhnlicher Leute hinauszugehen. Auf Grund seiner mit drei waldenburger Medien angestellten eingehenden Untersuchungen erläuterte der Vortragende den psychischen Zustand der Medien dahin, dass es suggestibel veranlagte Personen und meistens auch ausgesprochene Hysteriker sind. Durch Lectüre oder den Einfluss der Umgebung wird leicht in ihnen der Glaube erzeugt, dass sie zu Medien berufen seien, besonders wenn sie von Hause aus hallucinatorisch veranlagt sind. Sie beginnen dann „hellsehend" zu werden, und allmählich stellt sich der sogenannte Trancezustand ein, der ein Mittelding zwischen hypnotischem und hysterischem Anfall zu sein scheint. In diesem Zustande bilden die Medien sich ein, von Geistern besessen zu sein, und personificiren dieselben. Wie der unwissende Wilde glaubt, im Traume mit Geistern zu verkehren, so hält der kritiklose Spiritist seine im Dämmerzustande des Traumes gehaltenen Reden für Geisteroffenbarungen. Diese Medien sind also unglückliche Kranke, welche die Unwissenheit zu Propheten gestempelt hat.

So bedauernswerth solche Zustände sind, so lässt sich doch diesen Secten eine segensreiche sociale Wirksamkeit nicht absprechen. Sie haben sich in Gegenden entwickelt, in denen ein zahlreiches Proletariat zum Theil unter sehr ungünstigen Existenzbedingungen lebt, wo der Alcoholismus und starke Criminalität herrschen, und dort wirken sie als Vereinigungen, deren Statuten den Mitgliedern einen sittlichen und religiösen Lebenswandel, Einfachheit, Zufriedenheit und Gemeinsinn zur Pflicht machen."

Referate.

— Bloch: Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. II. Band. Dresden, Dohrn, 1903. 400 Seiten, 10 M.

In glänzender Diction, bei ungeheurer Belesenheit, schildert Verf. in diesem 2. Bande des Näheren zunächst den Sadismus und Masochismus, weist deren Wurzeln im Verhältniss von Mann zu Weib auf, zählt die verschiedenen Aetiologien und Arten her und weist vor allem auf ihr ubiquitäres Vorkommen hin. Ein interessantes Kapitel wird speciell dem Flagellantismus gewidmet. Die 2. Hälfte des Werkes bespricht die „komplicirten Perversitäten und Perversionen". Hier werden in ähnlicher Weise wie oben, unter Anderem die „voyeurs", die Mixoskopie, die Aphrodisiaca, der Cunnilingus, fellatio, der Fetischismus, die Scatologie, der Incest, der Lustmord, die Nekrophilie, die Statuenliebe etc. abgehandelt. Zuletzt giebt Verf. noch ein Resumé des Ganzen. Nach ihm darf

die Degeneration nicht „als heuristisches Princip in der Erforschung, Erkenntniss und Beurtheilung der geschlechtlichen Verirrungen und Perversionen verwendet werden". Als letzte Ursache derselben sieht er vielmehr „das dem genus homo eigenthümliche geschlechtliche Bedürfniss, welches als eine physiologische Erscheinung aufzufassen ist und dessen Steigerung zum geschlechtlichen Reizhunger die schwersten sexuellen Perversionen erzeugen kann". So erklärt sich die Prostitution, als „Erfolg der ursprünglich aus letzterem (das Variationsbedürfniss) hervorgegangenen Promiskuität". Die 2. wichtige Thatsache für Verf. ist die leichte Bestimmbarkeit des Geschlechtstriebes durch äussere Einflüsse. Alle Perversionen etc. sind häufig erworben oder künstlich gezüchtet. Die häufige Wiederholung derselben geschlechtlichen Verirrung ist ferner sehr wichtig, wie auch Suggestion und Nachahmung; ebenso der Unterschied zwischen Mann und Frau bez. der Geschlechtsempfindung. Die sexuellen Anomalien sind also nicht klinisch-pathologisch zu betrachten, da sie sammt und sonders sehr häufig bei Gesunden vorkommen. Verf. verlangt weiter die Einführung der „verminderten" Zurechnungsfähigkeit bei sexuellen Vergehen. Er meint, dass es sich stets (? Ref.) feststellen lässt, ob ein Delikt allein durch starken geschlechtlichen Affekt erzeugt ist, oder durch andere Motive. Die Hauptprophylaxe gegen die geschlechtlichen Verirrungen sieht Verf. endlich in möglichster Abhaltung der äusseren Reize. —

Soweit der anregende Verf. Genau so, wie im 1. Band, liessen sich auch hier aber viele Einwendungen gegen Einzelnes erheben. Bloch ist mit seinen Beweisen nur zu leicht zufrieden, vor allem scheint ihm aber besonders bez. der Homosexualität, eine eigene grosse Erfahrung abzugehen. Hier will ich nur einige principiell wichtige Punkte andeuten. Bloch verwechselt immer Perversion mit Perversität. Ersteres Wort sollte am besten nur für angeborene, letzteres nur für erworbene Zustände gebraucht werden. Wohl die meisten erfahrenen Autoren stimmen jetzt darin überein, dass die wahre Homosexualität, der Sadismus, Masochismus, Fetischismus etc. a n g e b o r e n sind, auch die sog. tardiven Fälle. Selbst wenn man der psychologischen Theorie anhängt, kommt man ohne ein angeborenes Moment nicht weg; das also ist stets die Hauptsache! Allen diesen angeborenen Anomalien gegenüber — die Homosexualiät möchte Ref. sogar als natürliche Varietät und Geschlechtstrieb hinstellen — sind nun dieselben ä u s s e r e n Handlungen auch erworben, oder durch Gewohnheit, Nachahmung geradezu ethnologisch, wie besonders Bloch aufzeigt. H i e r a b e r i s t d i e P s y c h e e i n e t o t a l a n d e r e! Der echte Homosexuelle bleibt stets so, ab ovo, und wechselt nicht mit heterosex. Sadismus etc. Der „angeborene" Sadist, Masochist empfindet n u r geschlechtliche Befriedigung in den betreffenden Handlungen, o h n e zum Actus zu schreiten, also n i c h t als Reizantrieb! Wie ganz anders dagegen der erworbene Sadist etc. Ganz dasselbe gilt vom Fetischismus etc. Bloch dagegen leugnet ganz oder meist das Angeborensein dieser Geschlechtstriebsbethätigungen.

Medicinalrath Dr. P. N ä c k e - Hubertusburg.

— P s y c h i a t r i s c h e e n n e u r o l o g i s c h e B l a d e n. 1901. No. 6.

K o l k, Pathologisch-anatomisch onderzoek van den Thalamus opticus in verband met haardverschijnselen in cerebro, eene bijdrage tot de studie der secundaire veranderingen.

Verfasser studierte die secundären Veränderungen von einem Fall von Apoplexie. Es bestand eine primäre Läsion fast des ganzen Ammonshorns, des Subiculum cornu ammonis, des Lobus lingualis und fusiformis. Dabei war zerstört das Tuberculum anterius und der vorderste Theil des medialen Kerns des Thalamus. Da andere Läsionen, die diese Atrophie hätten zustande bringen können, fehlten, so darf man schliessen, dass diese Ganglien des Thalamus mit jenen Theilen in Verbindung stehen.

Mit Sicherheit ist nicht zu entscheiden, inwiefern das Tuberculum anterius von einem jener Theile abhängt. Am wahrscheinlichsten ist, dass es mit dem Ammonshorn in Beziehung steht, da das Tub. ant. zu den Riechcentren gehört, gerade wie das Ammonshorn. Vermuthlich stehen die medialen Kerne mit dem Lobus fusiformis und lingualis und der Nucleus anterior mit dem Ammonshorn im Zusammenhang.

Wie ist nun die Verbindung zwischen Tub. ant. und Ammonshorn? Der Fall löst diese Frage nicht vollständig. Es war das breite Stratum zonale, das vom Nucleus ant. nach der innern Kapsel läuft, atrophirt. Vielleicht ist das die Verbindung. Diese Bahn liess sich nicht weiter durch die innere Kapsel verfolgen.

R ü t t e, Onderzoek, van J. B., van beroep veedrijver, beschuldigt van het feit strafbaar volgens Art. 247 W. v. S.

Der 1867 geborene Viehtreiber B. hatte kleinen Mädchen unter die Röcke gegriffen und die Geschlechtstheile betastet. Nach dem Gutachten des Vf. handelte es sich um einen Imbecillen. Freisprechung und Einweisung in die Irrenanstalt.

S c h e r m e r s, Eenige anthropologische maten by krankzinnigen en niet krankzinnigen onderling vergeleken.

Verfasser hat nach der Methode von Manouvrier von 200 Geisteskranken und 100 Normalen die Schädelmaske genommen. Die Geisteskranken gehörten den verschiedensten Kategorien an, 20 Epileptiker und 30 Idioten waren darunter. In zahllosen, ungeheuern Zahlenreihen und in den verwickelsten Kurven hat Verfasser seine Resultate niedergelegt. Sie lassen sich nicht in einem Referat zusammenfassen.

M e i j e r s, Ferri's cursus over Crimineele Sociologie.

Eine Inhaltsangabe von Ferri's Vorträgen. Ferri behandelt die Physiologie und Psychologie des Verbrechers, bespricht den Einfluss des Milieus, die Anschauungen über Bestrafung und Erziehung und dergleichen. G a n t e r.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel** Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 234.

Nr. 47. 21. Februar. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6105), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Volksheilstätten für Nervenkranke.

Referat, erstattet auf der 33. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Stuttgart, am 1. November 1902.

Von Dr. *Max Neumann*, Nervenarzt in Karlsruhe (Baden).

Meine Herren!

Trotzdem ich zu der Minorität gehörte, die auf der letztjährigen Versammlung gegen die Wahl unseres heutigen Discussionsthemas gestimmt hat, fühle ich mich doch gewissermassen dafür verantwortlich, weil ich durch meinen damaligen Vortrag*) den Anstoss dazu gegeben habe. Dieses Verantwortungsgefühl entstammt der Befürchtung, dass wir die schwierige Frage einem practischen Ende nicht näher bringen werden durch eine Wiederholung dessen, was vor 3 Jahren schon unsere Schwesterversammlung in der Rheinprovinz und im letzten Jahre unsere südwestdeutsche Versammlung selbst in langer Discussion berathen hat. Hoffen wir, dass meine Befürchtung sich als unbegründet erweisen möge!

Mit der historischen Entwicklung der Heilstättenfrage will ich Sie nicht noch einmal behelligen. Sie dürfte Ihnen nachgerade genugsam bekannt sein.

Zur Bedürfnissfrage hat sich diese Versammlung bereits in der letztjährigen Discussion insofern bejahend geäussert, als kein einziger Redner das Bedürfniss nach Volksnervenheilstätten bestritt! Den zahlenmässigen Nachweis zu erbringen, dass für eine bestimmte Art von Nervenkranken eine besondere Fürsorge in Gestalt von Specialheilstätten nothwendig ist, fällt nicht leicht. Das statistische Material, das wir darüber besitzen, ist noch zu spärlich und vor allem sind die Gesichtspunkte, von denen die einzelnen Statistiken ausgehen, zu verschieden.

*) Neumann, „Volksheilstätten für Nervenkranke". Aerztliche Mittheilungen aus und für Baden, December 1901.

Ich will, um Zeit zu sparen, das in der Litteratur niedergelegte Zahlenmaterial hier nicht im Einzelnen wiedergeben. Auf Wunsch bin ich bereit, dies im Verlauf der Discussion zu thun. Ich selbst habe versucht, aus den Berichten der Landesversicherungsanstalten Anhaltspunkte für die Zahl der minderbemittelten Nervenkranken im Reiche zu gewinnen. Die Ausbeute war zwar keine grosse, da viele Jahresberichte eine Aufstellung über die einzelnen Krankheitsformen überhaupt nicht enthalten und eine gesonderte Aufführung der an functionellen Nervenkrankheiten Leidenden in keinem der Berichte zu finden war. Eine interessante Thatsache lehrte mich aber das Studium der Jahresberichte kennen: Dass nämlich die Zahl der Rentenempfänger unter den Nervenkranken unverhältnissmässig viel grösser zu sein pflegt als die Zahl der Fälle, in denen ein Heilverfahren eingeleitet wurde. Für die Landesversicherungsanstalt Baden gestaltet sich das Verhältnis zwischen Heilverfahren und Invalidisierung in toto wie 2:3, für die Nervenkranken *) wie 2:7. Hingegen für die Lungentuberculose wie 2:1! Und weiterhin: Während bei den Heilverfahren erst auf 10 Tuberculöse 1 Nervenkranker kommt, entfällt bei den Rentenempfängern bereits auf jeden 2. Tuberculösen ein Nervenkranker! Das spricht erstlich für die grosse absolute Zahl der Nervenkranken, zweitens aber ist es geradezu verblüffend, daraus zu ersehen, wie leicht die Landesversicherungsanstalt sich bei Nervenkrankheiten zur Rentenbewilligung entschliesst und wie selten zur Einleitung eines Heilverfahrens! Ich kann mir dieses gewiss befremdliche Missverhältniss nur erklären durch den Mangel an geeigneten Heilstätten für Nervenkranke. Einen Beleg für die Richtigkeit dieser Ansicht sehe ich in den Verhältnissen der Landesversicherungsanstalt Berlin. Dort kamen im letzten Jahre die Heilverfahrenfälle den Rentenfällen nicht nur gleich, sondern waren sogar in der Ueberzahl. Dass diese Erscheinung zum guten Theil auf die Existenz der Nervenheilstätte „Haus Schönow" zurückzuführen ist, geht deutlich hervor aus zwei Thatsachen: Einmal hat von den im letzten Jahre in „Schönow" verpflegten Nervenkranken die Stadt Berlin genau die Hälfte gestellt. Und zweitens sind — eine Thatsache, die meines Erachtens am meisten Beweiskraft hat, — bei der Landesversicherungsanstalt Berlin die Heilverfahrenfälle wegen Nervenkrankheiten in den letzten 4 Jahren um das 4fache und darüber gestiegen. Sie beliefen sich im Jahre 1897 auf 53, im Jahre 1901 auf 235! Die Gründung des Hauses Schönow fällt in das Jahr 1899. —

Die Stellungnahme der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten ist für die Beantwortung der Bedürfnissfrage von grosser Bedeutung. Denn diese Institute treten, nächst den Aerzten, am frühesten und am häufigsten in Beziehung zu den Kranken, für welche die supponirten Anstalten mit in erster Linie bestimmt sein sollen. Am meisten interessieren uns hiervon wiederum die Landesversicherungsanstalten, da sie Instanz für die Heilverfahren sind.

Zwecks genauer Orientierung habe ich an sämmtliche Versicherungsanstalten des Reichs einen Fragebogen geschickt nach dem Muster des hier herumgereichten. Die Antworten sind nach verschiedener Richtung hin interessant. (Ich sehe dabei ab von dem Curiosum, das die Landesversicherungsanstalt Oberbayern dadurch lieferte, dass sie als Zahl der Heilverfahrenfälle 176 angab mit dem Bemerken, dass darin auch die Fälle von Gelenkrheumatismus inbegriffen seien!) Zuvörderst muss bei Vergleichung der Fragebogen auffallen, dass die Antworten auf die Frage nach der Zahl der Heilverfahren wegen Krankheiten des Nervensystems im Jahre 1901 bei den einzelnen Anstalten so ungemein differieren. Diese Zahl bewegt sich nämlich zwischen 0 und 235 Fällen. Dabei kann man 2 Hauptgruppen gegeneinander absondern, eine kleinere mit sehr vielen und eine bei weitem grössere mit auffallend wenigen Heilverfahrenfällen. 4 Anstalten gaben mehr als 100 Fälle an, 13 erreichten nicht einmal die Zahl von 20 Fällen. Diese auffallende Differenz kommt zweifellos nicht allein von der verschiedengrossen Zahl der Versicherungspflichtigen bei den einzelnen Anstalten. Sonst könnte nicht die Landesversicherungsanstalt Baden über 100 Fälle aufweisen, während die — sicher grössere — von Elsass-Lothringen mit ganzen 18 Fällen figuriert. Der Grund liegt vielmehr in der verschiedenweiten Fassung des Begriffs „Krankheiten des Nervensystems." Wenn man darunter nur die Erkrankungen „einzelner Nerven und Nervenbezirke" versteht, wie dies bei vielen Anstalten der Fall ist, dann ist es nur natürlich, wenn hohe Zahlen nicht erreicht werden. Wie zu erwarten, gehören zu den Anstalten, welche die Bedürfnissfrage bejahen, vor allem die mit hoher Fällezahl. Im ganzen kann man sagen, dass diejenigen Anstalten, aus deren Antworten ein richtiges Verständniss für die nervösen Erschöpfungskrankheiten spricht, der Errichtung von Nervenheilstätten im Princip auch wohlwollend oder

*) Unter Einschluss jemals der Hälfte der Anämisch-Chlorotischen und der an „Muskelrheumatismus" Leidenden, da man mindestens 50 % dieser beiden Krankengattungen zu den „Nervösen" rechnen kann.

entschieden befürwortend gegenüberstehen. Es sind dies die Anstalten von Thüringen, Hannover, Rheinprovinz, Baden, Kgr. Sachsen und Schwaben. Diese Anstalten, mit Ausnahme der Badischen, sagen auch eventuelle pecuniäre Unterstützung zu. Die Anstalt Berlin äussert sich reserviert, hat aber vor einigen Jahren bereits die Zehlendorfer Heilstätte hypothekarisch reichlich beliehen.

Herr Sanitätsrath Wildermuth hat schon des Näheren ausgeführt, für welche Art von Kranken die Heilstätten gedacht sind. Ich kann mich ihm daran nur vollständig anschliessen. Als leitender Gesichtspunkt muss m. E. stets gelten, dass die Nervenheilstätten Heilstätten für nervös Erschöpfte sein sollen. So einfach und so trivial das vielleicht klingt, so ist es doch von der grössten Wichtigkeit, sich diesen Satz allezeit gegenwärtig zu halten. Denn dadurch allein lassen sich die endlosen und schliesslich doch unfruchtbaren Erörterungen über die inbetrachtkommenden Krankheitsformen vermeiden. Und weiterhin entscheidet dieser Satz auch die Frage nach dem Character der zu errichtenden Anstalten, sowohl hinsichtlich der Geschlechter wie auch des therapeutischen Betriebs.

Unter „nervös Erschöpften" verstehe ich alle diejenigen, welche durch erschöpfende Thätigkeit, erschöpfende Krankheit oder erschöpfende Erlebnisse an der Widerstandsfähigkeit ihres Nervensystems geschädigt worden sind. Ich rechne hierzu sämmtliche Formen erworbener Neurasthenie, gleichviel, ob es sich um vorher intacte oder von Hause aus schon minderwerthige Individuen handelt. Vor allem schliesse ich aber auch diejenigen Personen ein, bei denen sich als die Folge oder Begleiterscheinung passagèrer körperlicher Schwächezustände Störungen functionell nervöser Natur entwickelt haben, in erster Linie die nervös geschwächten Reconvalescenten und das Heer der Anaemisch-Chlorotischen. Diese werden sogar ein sehr bedeutendes Contingent zur Füllung der Heilstätten stellen. Ich kann Pohl darin nur beipflichten, wenn er die Chlorose mit leichten nervösen Symptomen den „Spitzenkatarrh" Nervenkranker nennt. Und leichte nervöse Symptome haben wohl alle Chlorotischen. — Wenn ich vorhin zu den nervös Erschöpften auch die psychopathisch Minderwerthigen mit erworbener Neurasthenie rechnete, so that ich das im Gegensatz zu den rein constitutionell Nervösen. Diese halte ich bei der schlechten Prognose, die ihr Zustand giebt, entschieden für nicht geeignet, in den supponierten Anstalten behandelt zu werden.

Hinsichtlich der Psychosen und der organischen Nervenkrankheiten habe ich dem von Herrn Sanitätsrath Wildermuth Gesagten nichts hinzuzufügen. Ich kann auch darin nur wieder auf meine letztjährigen Ausführungen *) zurückkommen: Geisteskranke und schwere Epileptiker sind auszuschliessen, desgleichen solche an organischen Nervenkrankheiten Leidende, die völlig und dauernd fremder Hilfe und Wartung bedürfen. Bezüglich leichter Fälle von Epilepsie und der leichteren Depressionszustände ist es wohl am ratsamsten, dem jeweiligen Ermessen des dirigirenden Arztes einigen Spielraum zu lassen.

Eine leidige, immer wieder zu Controversen Anlass gebende Frage ist die nach der Stellung den Alcoholisten gegenüber. Ich bekenne, dass ich die Smith'sche Auffassung von der alcohologenen Natur der meisten functionellen Neurosen nicht theilen kann. Diese würde uns hier auch practisch wenig fördern. Unter Beiseitelassung aller pathogenetischer Theorien haben wir hier die Frage zu entscheiden, ob sich zur Aufnahme in die supponierten Nervenheilanstalten auch chronisch Alcoholtüchtige, vulgo Säufer eignen, mit anderen Worten, ob die Nervenheilstätten gleichzeitig auch Trinkerasyle sein sollen.

Meiner Ansicht nach sollen die Fragen: Volksnervenheilstätten und Trinkerheilstätten vollständig getrennt von einander behandelt werden und zwar aus verschiedenen Gründen. Trinkerasyle sind eine unumgängliche Nothwendigkeit, die Menge der Anstalts-, aber nicht Irrenanstaltsbedürftigen Trinker ist so gross, dass eine besondere Fürsorge für dieselben von ärztlich-humanem und von social-hygienischem Standpunkte aus absolut erforderlich ist. Würden nun die Volksnervenheilstätten ausdrücklich gleichzeitig auch Trinkerasyle werden, so würden sie, zumal in Ländern ohne, oder mit unzulänglicher Trinkerfürsorge, unter ihren Pfleglingen bald ein ganz beträchtliches Contingent reiner Potatoren aufweisen. Das würde bald gesonderte Abtheilungen für die Trinker nothwendig machen, da habituell Alcoholsüchtige, auch wenn sie nicht ausgesprochen geisteskrank sind, nun doch einmal einer strammeren Hausordnung etc. bedürfen, als einfach nervös Erschöpfte. Von rein öconomischen Gesichtspunkten aus böte die Combination von Trinker- und Nervenheilstätten vielleicht gewisse Vortheile. Aber es würde sich dann dieselbe Schwierigkeit wiederholen, die sich bereits bei der Erwägung, die Nervenheilstätten an die Irrenanstalten anzugliedern, herausgestellt hat: Die Anstalten würden beim Publicum sehr bald als Anstalten für Säufer gelten und als solche verrufen

*) l. c.

werden. Ausserdem habe ich aus rein ärztlichen Rücksichten meine Bedenken gegen eine Verschmelzung zweier in ihrer therapeutischen Tendenz doch naturgemäss so verschiedenen Heilinstitute. Kein Theil würde vom anderen etwas profitieren können. Besonders erwarte ich mir von einem etwaigen günstigen moralischen Einfluss der nicht alcoholistischen Nervösen auf die Trinker, den man vielleicht zu Gunsten kombinierter Anstalten ins Feld führen könnte, gar nichts. Im Gegentheil. Die Nervösen würden die Trinker in der Regel einfach als Menschen zweiter Klasse betrachten und danach behandeln.

Aus all diesen Gründen bin ich, wie gesagt, für eine Trennung der Nerven- und Trinkerheilstättenfrage. Ganz etwas anderes ist die Erwägung, ob man die zu errichtenden Nervenheilstätten nicht von vornherein grundsätzlich alcoholfrei halten soll. Dafür trete ich entschieden ein, obgleich ich mir bewusst bin, dass — besonders in den weintrinkenden Gegenden Süddeutschlands — das Abstinenzprincip bei dem die Anstalten frequentierenden Publicum keineswegs Gegenliebe finden wird.

Nicht ganz leicht ist es, sich zu einem Standpunkte den Unfallsnervenkranken gegenüber zu entscheiden. Da werden bis zu einem gewissen Grade pecuniäre Rücksichten mitzusprechen haben. Will man die Unfallskranken ausschliessen, so muss man von vornherein auf eine Subventionirung von Seiten der Berufsgenossenschaften verzichten. Dies wird man freilich umso eher thun können, als eine nennenswerthe Unterstützung von dieser Seite nur dann zu erwarten wäre, wenn die Heilanstalten als eine ihrer Hauptaufgaben die Behandlung von Unfallsnervenkranken betrachten würden. Dies ist aber ihrer ganzen Tendenz nach ausgeschlossen. Der kleinste Theil der Unfallsneurosen gehört zu den nervösen Erschöpfungszuständen. Meist handelt es sich um krankhafte Suggestionen, wobei der bewusste oder unbewusste Wunsch nach Rente oft eine nicht geringe Rolle spielt. Hier müssen ganz andere Behandlungsprincipien Platz greifen als bei den erschöpften Nervösen. Wenn hier überhaupt Anstaltsbehandlung indiciert erscheint, — mit der meiner Ueberzeugung nach bei Unfallskranken gar vielfach gesündigt wird, — so kann hier nur das „Arbeitssanatorium" in Betracht kommen, das ich im übrigen als Panacee für Nervenkrankheiten überhaupt keineswegs anerkennen kann. Entschieden am rationellsten sind specielle Sanatorien für Unfallnervenkranke in der Art, wie die von den sächsischen Berufsgenossenschaften gegründete „Unfallnervenklinik Lössnitz". Dieses Institut scheint sich bis jetzt gut zu bewähren. — Alles in allem glaube ich, dass man Unfallskranke nicht grundsätzlich und rigoros von der Aufnahme ausschliessen soll, dass aber von dieser Kategorie von Kranken nur frische Fälle, bei denen es sich um wirklich Ruhe- und Erholungsbedürftige handelt, zuzulassen sind und dass vor allem solche Kranke lediglich zur Behandlung und niemals zur blossen Beobachtung zwecks Erstattung eines Gutachtens aufgenommen werden dürfen. —

Es ist oft darüber discutiert worden, ob Anstalten in gleichem Maasse für beide Geschlechter erforderlich sind, und ob — zutreffendenfalls — gemischten oder geschlechtlich getrennten Anstalten der Vorzug zu geben ist. Vielfach herrscht die Ansicht, dass Heilstätten für männliche Kranke ein entschieden grösseres Bedürfniss sind als solche für weibliche. Diese Ansicht wird vertreten von Moebius, ferner von den Directoren der badischen Irrenanstalten in deren Denkschrift über die Irrenfürsorge in Baden, desgleichen von Fuchs in seiner Brochüre über „staatliche Prophylaxe in der Psychiatrie". Immerhin mehren sich auch die Stimmen, die ein grösseres Bedürfniss auf Seiten des weiblichen Geschlechts erblicken, oder zum mindesten für beide Geschlechter in gleicher Weise eintreten. Pohl ist ein eifriger Verfechter der Anstalten für weibliche Kranke, und ich selbst bin der Ansicht, dass nach Zahl der Kranken und nach dem Grade der Pflegebedürftigkeit, vom rein humanen wie vom wirthschaftlichen Standpunkte aus, das weibliche Geschlecht dem männlichen sicherlich gleichstehen, voraussichtlich dasselbe noch überwiegen wird. Eine grosse Anzahl von Krankenhausdirectoren, Bezirksärzten und Ortskrankenkassen in Baden haben sich auf eine Anfrage der Landesregierung hin ebenfalls in dem Sinne geäussert, dass das Bedürfniss nach Nervenheilstätten für beide Geschlechter in gleicher Weise vorhanden sei. Schliesslich wird die Entscheidung dieser Frage ganz davon abhängen, welche Principien man in der Begrenzung der Krankheitsformen verfolgt. Schliesst man die nervös erschöpften Chlorotischen mit ein, so wird sich ein grösseres Bedürfniss auf Seiten des weiblichen Geschlechts ergeben, während sich z. B. bei Ausschluss der Chlorotischen und bei Einschluss der Unfallsnervenkranken aller Wahrscheinlichkeit nach das Verhältniss umkehren würde. Und wenn auch die bereits gemachte practische Erfahrung ein Wort mitreden soll, so spricht diese für eine gleichmässige Vertheilung des Bedürfnisses auf beide Geschlechter: Haus Schönow hat im letzten Berichtsjahre ziemlich gleichviel männliche und weibliche Patienten verpflegt. Ob man gemeinschaftliche oder geschlechtlich ge-

trennte Anstalten ins Leben rufen soll, das ist m. E. in erster Linie eine Geldfrage: Reichen die Mittel für mehr als eine Anstalt, dann ist einer Trennung der Geschlechter unbedingt der Vorzug zu geben.

Wenn ich Ihnen nun in Kürze den jetzigen Stand der Heilstättenbewegung skizzieren werde, will ich bei der drängenden Zeit gar nicht eingehen auf die schon recht ansehnliche Litteratur über unseren Gegenstand, und nur über das Thatsachenmaterial berichten. Im Grossherzogthum Baden hat sich die Landesregierung selbst der Sache angenommen und mittelst einer sehr gründlichen und vielseitigen Enquête die Bedürfnissfrage klarzustellen versucht. Diesbezügliche Aeusserungen wurden eingeholt von den Verwaltungen der grösseren Städte, den Krankenhausdirectoren, den Bezirksärzten. Ferner aber auch von den Organen der socialen Gesetzgebung, den Vorständen der Landesversicherungsanstalten, der meisten Orts- und Betriebskrankenkassen und einzelner Berufsgenossenschaften. Es wäre ungemein interessant, des Näheren die eingegangenen Antworten hier zu erörtern. Aber es warten andere Redner, und so muss ich mir versagen, die vielen Pro's und Contra's, die theils mit, theils ohne besondere Motivierung dem Ministerium unterbreitet wurden, im Einzelnen Ihnen vorzutragen. Manches Beherzigenswerthe findet sich darunter, zum Theil werthvolles statistisches Material. Aber auch mancher Beweis mangelnden Verständnisses und einseitiger Beurtheilung und manche unfreiwillige Comik liegt da bei den Acten. — Eine Thatsache hat mich an der Enquête der badischen Regierung befremdet: dass zwar die Directoren der internen, nicht aber die der psychiatrischen Universitätskliniken um ihre Meinung befragt worden sind, noch auch die Leiter der Landesirrenanstalten. Letzteren wurde freilich Gelegenheit geboten, ihre Ansicht darzuthun in der von ihnen gemeinsam verfassten, oben erwähnten Denkschrift, die im Auftrage der Regierung ausgearbeitet und dem Landtage gelegentlich der Irrenanstaltsdebatte vorgelegt wurde. In dieser Denkschrift treten die Verfasser sehr warm für die Errichtung einer Volksnervenheilstätte ein und kommen zu dem Ergebniss, dass die Angliederung derselben an die Landesirrenanstalt Illenau am gebotensten erscheine.

Das practische Ergebniss der Vorarbeiten im Grossherzogthum Baden ist noch kein sehr aussichtsreiches. In der Commissionsberathung des Landtags erklärte der Minister des Innern es als zweifelhaft, ob der Staat in nächster Zeit in der Frage der Errichtung einer staatlichen Nervenheilanstalt vorgehen könne. —

Auch im Grossherzogthum Sachsen-Weimar befasste sich die Landesregierung mit der Heilstättenfrage und zwar bis jetzt mit ebenso „dilatorischem" Resultate wie in Baden! Den Anstoss gab ein Vorschlag von Professor Binswanger an die thüringische Landesversicherungsanstalt, durch ein Darlehen von 40000 Mark die Gründung einer Nervenabtheilung der psychiatrischen Klinik zu ermöglichen. Da die Regierung es ablehnte, diese Summe für den gedachten Zweck in den Etat der Landesversicherungsanstalt einzustellen, schlug Prof. Binswanger vor, die Landesversicherungsanstalt solle sich eine eigene Nervenheilstätte gründen, deren ärztliche Leitung von der Klinik aus, gleichsam durch Personalunion, besorgt werden solle. Ein (ausführlicher) Bauplan liegt bereits vor, doch scheiterte die Realisierung bis jetzt an den der Landesversicherungsanstalt zu hohen Baukosten, die sich im Voranschlag auf 155000 Mk. belaufen. In allerjüngster Zeit habe ich erfahren, dass die Carl Zeiss-Stiftung in Jena sich für die Errichtung einer Volksnervenheilstätte auf thüringischem Gebiet lebhaft interessiert. Herr Dr. Czapski, der sich als Vertreter der Stiftung mit mir in Verbindung gesetzt hat, theilt mir mit, dass, wenn sich eine geeignete Organisation für die Verwaltung und den Betrieb der Anstalt herausbilde, die Stiftung das Capital zur Errichtung der Anstaltsgebäude oder doch einen erheblichen Beitrag dazu stellen würde. Leider liegt auch hier die Verwirklichung des Planes noch sehr im Weiten. Dr. Czapski selbst meint, dass es dazu noch mehrerer Jahre bedürfe. Es soll nämlich vor Errichtung einer Nervenheilstätte erst eine Badeanstalt mit Schwimmhalle gegründet werden, da es, wie es in dem betreffenden Briefe heisst, „eine richtigere Politik sei, in erster Linie den Erkrankungen vorzubeugen, als nur daran zu denken, für die bereits Erkrankten zu sorgen."

Meine Herren! Diese Aeusserung ist ungemein bezeichnend für die Stellung vieler Laien- und auch mancher Aerztekreise der Heilstättenfrage gegenüber. Immer und immer wieder bin ich der irrthümlichen Auffassung begegnet, dass in der Erstellung ambulatorischer hydrotherapeutischer Einrichtungen ein zweckmässiges und dabei viel weniger kostspieliges Aequivalent für complete Nervenheilanstalten gegeben sei. So finden sich z. B. in der badischen Enquête mehrfach Aeusserungen von Krankenhausdirectoren dahingehend, dass von besonderen Nervenheilstätten getrost abgesehen werden könne, sofern nur ihr eigenes Institut mit einer genügenden hydrotherapeutischen Abtheilung versehen würde. Ich denke natürlich nicht daran, dass hierbei jemals Interessen pro domo die Triebfeder waren! Aber es handelt

sich doch um eine recht beträchtliche Ueberschätzung der Hydrotherapie und eine bedenkliche Verkennung der thatsächlichen Verhältnisse, wenn man glaubt, eine Bädereinrichtung könne eine Nervenheilstätte ersetzen, oder ein Schwimmbad besitze so bedeutenden prophylactischen Werth, dass es in vielen Fällen den Ausbruch von Nervenkrankheiten hintanhalten könne. Die Nervenheilstätten sollen doch wahrlich auch keine Siechenhäuser, sondern Vorbeugungsinstitute im eigentlichen Sinne des Wortes sein!

Im Grossherzogthum Hessen hat sich unter Ludwigs rühriger Initiative der werkthätige Irrenhilfsverein längst auch der nicht geisteskranken Nervösen aus den unbemittelten und gering bemittelten Ständen angenommen. Dieser Verein, der von vornherein den Grundsatz verfolgt hat, aus sich selbst heraus, ohne primäre Betheiligung des Staates, seiner humanen Aufgabe gerecht zu werden, veröffentlicht in seinem jüngsten Jahresbericht einen Entwurf zur planmässigen Fürsorge für unbemittelte Nervöse und geistesgesunde Epileptiker. Der Entwurf stammt aus der Feder Ludwigs. Vorläufig sollen vom Verein aus in geeigneten Fällen auf Antrag Heilverfahren eingeleitet werden unter Zuhilfenahme der schon bestehenden Sanatorien etc. Das Endziel ist die Errichtung einer eigenen Anstalt nach dem Vorbilde des Hauses Schönow. Zur Beschaffung der nöthigen Mittel ist der Verein bestrebt, die private Wohlthätigkeit zu ausgiebiger Betheiligung anzuregen. Dies geschieht durch einen in der Tagespresse publicierten Aufruf. Für das laufende Jahr hat der Verein versuchsweise eine Summe von 9000 Mk. zur Verwendung für solche bedürftigen Nervenkranke ausgeworfen, die nach ärztlichem Ermessen als heilbar oder doch erheblich besserungsfähig erscheinen.

Gleichfalls durch Vereinsthätigkeit hat die Heilstättenbewegung Förderung erfahren in der Rheinprovinz. Nachdem der dortige psychiatrische Verein sich im Jahre 1899 in gleicher Weise wie wir heute mit der Frage beschäftigt und die Bedürfnissfrage einstimmig bejaht hatte, nahm sich der bergische Verein für Gemeinwohl mit grosser Energie der Sache an. In seiner letztjährigen Generalversammlung verhandelte er fast ausschliesslich über das Thema „Volksnervenheilstätten". Die Gründung einer Anstalt wurde im Princip beschlossen, Regierung und Landesversicherungsanstalt sagten ihre Hilfe, letztere in Gestalt einer Capitalüberweisung, zu. Leider haben nun die Vorarbeiten eine unliebsame Unterbrechung erfahren durch die Düsseldorfer Ausstellung. Inzwischen aber ist der bergische Verein in ähnlicher Weise wie der hessische Hilfsverein mit bestem Erfolg bestrebt, möglichst vielen bedürftigen Nervenkranken Gelegenheit zur Erholung zu bieten in verschiedenen Anstalten des Landes, vorzüglich aber in den eigenen Reconvalescentenhäusern des Vereins.

Dem Ziele schon näher als alle bisher genannten Landesbezirke ist die Stadt Frankfurt a. M. Diese hat die Errichtung einer Villencolonie für Nervenkranke beschlossen und als Bausumme für die ersten 6 Villen 400000 Mk. bewilligt. Die Vorarbeiten für den Bau sind bereits im Gange. Die Colonie ist sowohl für Communal- und Kassenkranke, als auch für selbstzahlende Patienten des Mittelstandes bestimmt. —

Der einzige Ort, der sich rühmen kann, das prophetische Wort von Moebius, „Nervenheilstätten werden entstehen", verwirklicht zu haben, ist Berlin. Von der Zehlendorfer Anstalt Haus Schönow brauche ich Ihnen Einzelheiten nicht zu berichten; Sie alle haben ihre Entstehung und Entwicklung verfolgt. So ist Ihnen auch allen bekannt, dass es sich hier um ein Werk privater Wohlthätigkeit handelt. Dass die Anstalt einem dringenden Bedürfniss entsprach, beweist ihre Krankenfrequenz. Diese belief sich im Jahre 1901 auf 445 Kranke. Der Durchschnittsverpflegungssatz von 4 Mk. pro Tag characterisirt die Anstalt zunächst als Mittelstands-Sanatorium. Die Erfahrung lehrt, dass sich das Bedürfniss nach solchen Anstalten oft noch empfindlicher fühlbar macht als Heilstätten für die ganz Unbemittelten.

Höchst beachtenswerth sind die Bestrebungen zu Gunsten der Erholungsbedürftigen aus den arbeitenden Klassen in der Schweiz. Dort geht die Nervenheilstättenbewegung Hand in Hand mit der Abstinenzbewegung. Der „Züricher Frauenverein für Mässigkeit und Volkswohl", der seit dem Jahre 1893 in Zürich bereits sieben alcoholfreie Wirthschaften gegründet hat, eröffnete im Jahre 1900 ein eigenes, ad hoc gebautes, ansehnliches Curhaus mit 60 Betten. Der ausdrückliche Zweck desselben ist, Erholungsbedürftigen aller Bevölkerungsklassen, in erster Linie „schwächlichen, nervenleidenden Personen" einen zweckmässigen und billigen Curaufenthalt zu bieten. Der Pensionspreis beträgt 3 bis 3,50 Frs. Die Anstalt steht nicht unter ärztlicher Leitung. Wie der officielle Name „alcoholfreies Curhaus" besagt, herrscht das Princip völliger Abstinenz. Ueber die Finanzierung der Gründung werde ich nachher kurz berichten. Das von Moebius und Grohmann inaugurierte Unternehmen „Colonie Friedau" hat Herr Sanitätsrath Wildermuth bereits eingehend gewürdigt. Wenn sich das dort Angestrebte auch nicht ganz mit dem deckt, was mir als

nächste Aufgabe der Volksheilstätten vorschwebt, so würde ich eine Verwirklichung des Projects doch mit Freude begrüssen. —

Damit glaube ich Ihnen im Grossen und Ganzen ein Bild vom heutigen Stand der Heilstättenbewegung gegeben zu haben.

Wie hat sie sich nun in der Zukunft zu gestalten?

Da stehen wir vor den beiden Cardinalfragen des Wo und Wie. Diese Fragen sind nicht gelöst dadurch, dass wir uns zu einer Resolution einigen des Inhalts etwa: Es ist zu wünschen, dass in jedem Bundesstaate so und so viele Nervenheilstätten nach Maassgabe seiner Grösse etc. in waldreicher Gegend von staatswegen errichtet werden! Denn: Die waldreiche Gegend wird zwar nicht schwer zu finden sein, wohl aber der dazu gehörige anstaltenerrichtende Staat! Das lehrt die Praxis, wie wir es an den Beispielen von Baden und Sachsen-Weimar gesehen haben. Wenn wir nun selbständige Neugründungen von staatswegen nicht erwarten dürfen, so lassen sich vielleicht schon bestehende staatliche Einrichtungen in zweckmässiger Weise zu Nervenheilstätten erweitern, bezw. mit solchen verbinden. Man wird da zunächst denken an die Landesirrenanstalten, des weiteren an die Universitätskliniken. Beide Anstaltsgattungen sind schon zu dem gedachten Zwecke ins Auge gefasst worden; das Resultat war bis jetzt in jedem Falle ein negatives. Dies wird sich in der Zukunft vielleicht ändern. Die Bedenken, die sich gegen die Angliederung der Nervenheilstätten an die staatlichen Irrenanstalten erheben, sind zu oft discutiert worden, als dass ich sie hier noch einmal zu wiederholen brauchte. Ich möchte meinen Standpunkt gegenüber den sog. „offenen Abtheilungen" dahin fixieren, dass ich in einer offenen Abtheilung einer Irrenanstalt und in einer Nervenheilstätte zwei grundsätzlich verschiedene Dinge erblicke: Beides Einrichtungen von grösstem therapeutischem Werthe, von denen aber die eine die andere nicht ersetzen kann und — eben im Interesse ihres therapeutischen Werthes — auch nicht ersetzen soll. Die offene Abtheilung den Irrenreconvalescenten, die Nervenheilstätten den nervös Erschöpften und Erholungsbedürftigen!

Gegen die Verbindung der Nervenheilstätten mit den Universitätskliniken ist im Principe nichts einzuwenden, sofern die localen Verhältnisse nicht dagegen sprechen. Dass aber durch gesonderte Nervenheilstätten den Kliniken das Lehrmaterial verkürzt würde, wie Erb es befürchtet, ist kaum anzunehmen. Die Pfleglinge der Anstalten in grösserem Umfange zu klinischen Demonstrationszwecken heranzuziehen, halte ich im Interesse der Kranken nicht für wünschenswerth.

Die städtischen Krankenhäuser kommen als Mutterinstitute für unsere Heilstätten wohl kaum ernstlich in Frage.

Sollen sich diese überhaupt an bereits bestehende Krankenanstalten anlehnen, so sind dafür m. E. nur die ländlichen Reconvalescentenhäuser ins Auge zu fassen. Dahin ging auch im letzten Jahre mein Vorschlag. Diese Institute eignen sich schon ihrer Tendenz nach am besten für den gedachten Zweck. Meist befinden sie sich in wenigstens einigermassen günstigem landschaftlichem Terrain und werden jetzt schon vielfach — faut de mieux — als Erholungsstätten für nervös Erkrankte benutzt, so z. B. von den Landesversicherungsanstalten, von denen manche im Besitze eigener Reconvalescentenhäuser sind. Freilich bieten von diesen Häusern bis jetzt nur die allerwenigsten einigermassen einen Ersatz für Nervenheilstätten. Vor allem fehlt den meisten jede ärztliche Leitung, von specialistischer gar nicht zu sprechen. Und specialärztliche Leitung muss für die Nervenheilstätten natürlich unbedingt verlangt werden. Schwierig bei einer event. Umwandlung schon bestehender Genesungshäuser in Nervenheilstätten wird nur häufig sein, die jeweiligen Besitzer der Reconvalescentenhäuser zu dieser Umwandlung zu veranlassen. Die Besitzer sind sehr heterogen: Theils gemeinnützige Vereine und Stiftungen, theils Versicherungsanstalten, theils Gemeinden und Staat. Vor allem aber: Wer wird hier das treibende Element sein? Diese Frage, meine Herren, ist der Angelpunkt der ganzen Heilstättenfrage. Und diese spitzt sich zu zur Deckungs-, zur Geldfrage: Wer sorgt für die Beschaffung der nöthigen Mittel? Wenn dieses Problem erst gelöst ist, dann ist es ganz einerlei, ob die Heilstätten an schon bestehende Einrichtungen, etwa an Reconvalescentenhäuser angegliedert werden, oder ob gesonderte Anstalten ad hoc gegründet werden, was ich — nebenbei bemerkt, — immer noch für das wünschenswertheste halte.

Theoretisch betrachtet, können die Kosten zur Errichtung von Volksheilstätten getragen werden vom Staat, von den Organen der socialen Gesetzgebung, von Gemeinden und schliesslich von Privaten. Ein Zusammenarbeiten mehrerer der genannten Factoren ist natürlich ebenfalls denkbar.

Vom Staat ist erfahrungsgemäss nicht viel zu erwarten. Füglich kann man auch nicht alles von ihm verlangen.

Was die Institute der socialen Gesetzgebung betrifft, so ist von mehreren Landesversicherungsanstalten und — je nach der Stellung zur Unfallkrankenfrage — auch von einer Reihe von Berufsgenossenschaften, financielle Unterstützung wohl zu erwarten. Auf die Krankenkassen wird vorläufig wenig zu rechnen sein. Klar sein müssen wir uns aber über eine sehr wesentliche Thatsache: Mögen Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften u. s. w. zu financieller Unterstützung immerhin bereit sein, eine Initiative ist von dieser Seite nicht zu erwarten. Eher schon von Seiten einzelner Gemeinden, wie das Beispiel von Frankfurt a. M. lehrt. Ob diesem Beispiele aber in absehbarer Zeit andere und zumal weniger gut situierte Stadtgemeinden folgen werden, ist sehr zweifelhaft. Keinesfalls darf man sich mit dieser unsicheren Erwartung bescheiden.

Per exclusionem kommen wir auf die Beschaffung der Mittel durch Private. Um zwei Wege kann es sich dabei handeln: Einmal um reine private Wohlthätigkeit, wobei also der, bezw. die Geber einen materiellen Nutzen von ihrer Geldleistung nicht haben, und dann um Unternehmungen privater Natur, bei denen die aufgebrachten Geldmittel einen Nutzen für den Geber abwerfen, zunächst in Gestalt von Verzinsung. Für eine Combination dieser beiden Arten privater Leistung haben wir ein Beispiel in der Zehlendorfer Anstalt. Sie ist fundiert auf eine milde Stiftung von 230000 Mk. und ein Darlehen von 200000 Mk. Eine ähnliche Combination liegt der Finanzierung des Curhauses auf dem Zürichberge zu Grunde. Dort wurde der grössere Theil des nöthigen Capitals durch Emission 3 % iger Obligationen aufgebracht, der kleinere wurde durch Schenkungen gedeckt. (Dort liegt freilich noch das besondere Verhältniss vor, dass der Unternehmer, der Züricher Frauenverein, in der günstigen Lage ist, aus den Einnahmen seiner sehr lucrativen alcoholfreien Wirthschaften eine beträchtliche Summe zuschiessen zu können.)

Eine weitere Form des privaten Unternehmens ist die Actiengesellschaft. Um eine solche handelt es sich bis zu einem gewissen Sinne bei der „Colonie Friedau". Wie mir Prof. Moebius mittheilt, sind für diese bis jetzt 75000 Frcs. gezeichnet worden.

Sie sehen, m. H., Beispiele, wie aus privater Initiative ohne primäre Mitarbeit von Staat und staatlichen Institutionen, Unternehmungen in unserm Sinne entriert werden können, sind vorhanden. Diese Beispiele sollen uns zur Lehre dienen. Nicht unthätig abwarten wollen wir, bis der Staat es für geboten hält, Volksheilstätten für Nervenkranke zu gründen. An uns Aerzten ist es, unsere längst gewonnene Ueberzeugung von der Nothwendigkeit solcher Anstalten aus unserm Kreise hinaus in die breite Oeffentlichkeit zu tragen. Verständniss werden wir dort sicher finden, und das ist die unerlässliche Vorbedingung zu werkthätiger Hilfe. Verständniss werden wir aber nur dann finden, wenn wir untereinander dem grossen Publicum gegenüber einig sind. Ueber Einzelfragen streiten, heisst die Hauptfrage verkennen. Auf zwei Dinge kommt es doch nur an: Das Bedürfniss nach Volksheilstätten als absolut vorhanden anzuerkennen und die Geldfrage zu lösen! Wenn auch keine Einigung erzielt ist über die Fragen, ob die Anstalten alcoholfrei sein sollen oder nicht, ob Unfallkranke aufgenommen werden sollen oder nicht, ob die Anstalten Arbeitssanatorien sein sollen oder nicht: Lassen Sie überhaupt erst eine Anstalt erstehen, — gefüllt, ja überfüllt wird sie nur zu bald sein. Nur lau sein dürfen wir nicht. Wir Aerzte dürfen keinen Augenblick nachlassen in der Propaganda und müssen, jeder so weit er kann, auch Geldopfer bringen. Eine gewisse Begeisterung muss da sein; ohne die kommen wir nicht zum Ziele. Man muss — und dies gilt vor allem den beatis possidentibus gegenüber! — dem grossen Publicum die Ueberzeugung beibringen, dass ein namhaftes Opfer für eine gute Sache viel mehr werth ist, als eine unentschlossene und polypragmatische Zersplitterung der Wohlthätigkeit! Und es soll sich auch gar nicht allein nur um selbstlos gebende Mildthätigkeit handeln: Gar viele, die ein Unternehmen zur Errichtung einer Volksnervenheilstätte unterstützen, werden damit direct ihr eigenstes Interesse wahren. Ich denke dabei an den ganzen breiten Mittelstand. Denn, wie ich im letzten Jahre besonders betont habe, sollen die angestrebten Sanatorien nicht nur für die ganz Armen, sondern auch für die Minderbemittelten der gebildeten Klassen bestimmt sein, in der Art, wie wir es im Haus Schönow verwirklicht sehen. Man wird also beim Sammeln von Geldmitteln einem grossen Theile derer, die als Geber in Betracht kommen, mit gutem Gewissen zurufen können: Tua res agitur!

Meine Herren! Glauben Sie nicht etwa, dass ich mir denke, die Mitglieder der heutigen Versammlung sollten nun nach Art der Bettelmönche im Lande umherziehen und Beiträge für die Errichtung einer Volksnervenheilstätte sammeln! Die Mobilisierung der privaten Wohlthätigkeit muss natürlich nach sorgfältig erwogenem Plane geschehen. Ich halte die Gründung von Heilstättenvereinen für den gangbarsten

Weg. — Es gehört dies aber nicht mehr in den Rahmen unserer heutigen Aufgabe.

Für heute haben Herr Sanitätsrath Wildermuth und ich uns entschlossen, Ihnen folgende Thesen zur Abstimmung vorzulegen:

1) Die Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte erachtet die Errichtung von Volksnervenheilstätten als eine Nothwendigkeit.

2) Es ist die Errichtung von selbständigen Instituten zu dem genannten Zwecke anzustreben.

3) Die Versammlung erwählt aus ihrer Mitte eine Commission, deren Aufgabe es ist, die Bewegung zur Errichtung von Volksnervenheilstätten im geographischen Bereiche der Versammlung zu fördern. Die Commission hat über ihre Thätigkeit nach Ablauf von zwei Jahren an die Versammlung zu berichten. *)

*) Nach der dem Referate folgenden längeren Discussion wurden alle drei Thesen einstimmig angenommen. In die Commission wurden gewählt: Bieberbach-Heppenheim, Hecker-Wiesbaden, Neumann-Karlsruhe, Vorster-Stephansfeld und Wildermuth-Stuttgart.

Mittheilungen.

— Der **Rheinische Prov.-Landtag** hat in voriger Woche die nachfolgende Vorlage genehmigt.

„Bericht und Antrag des Provinzialausschusses, betreffend Verbesserung der Verhältnisse der Irrenärzte.

Seit einer Reihe von Jahren ist die Wahrnehmung gemacht worden, dass sich zu den Stellen der Assistenz- und Volontairärzte an den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten trotz aller Ausschreibungen in den Fachblättern auffallend wenig, zuweilen auch gar keine Bewerber meldeten. Dieselbe Erscheinung zeigte sich, wie die angestellten Ermittelungen ergeben haben, in allen anderen Provinzen. Es konnte somit geschlossen werden, dass Umstände vorliegen mussten, welche den jungen Medicinern den Eintritt in die psychiatrische Laufbahn als nicht erstrebenswerth erscheinen liessen, zumal nach den inzwischen gemachten Erfahrungen anzunehmen ist, dass es sich hierbei nicht um zufälligen und vorübergehenden Mangel an geeignetem Nachwuchs, sondern um tiefer begründete und weit verbreitete Anschauungen über den irrenärztlichen Beruf und die den Anstaltsärzten unter den gegenwärtigen Verhältnissen gebotenen Aussichten handelt.

Es bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, dass die Sicherung eines durchaus tüchtigen, für die ihm gestellten schwierigen und hohen Aufgaben von innerem Interesse beseelten und begeisterten Aerztepersonals eine der vornehmsten Aufgaben der Verwaltung auf dem Gebiete des Irrenwesens sein muss, wenn nicht die ausserordentlichen Opfer, welche grade zur Hebung dieses Verwaltungszweiges gebracht worden sind und noch weiter gebracht werden müssen, mehr oder weniger verloren sein sollen.

Zur Erreichung dieses Zieles ist es nothwendig,

1. zunächst die Ursachen klar zu erkennen, welche zur Zeit der Gewinnung eines ausreichenden Angebots befähigter Aerzte entgegenstehen und
2. ferner, so weit als möglich diejenigen Mittel zu ergreifen, welche zur Abhülfe des jetzigen Uebelstandes geeignet erscheinen.

I.

Als Ursachen der Abneigung gegen den Eintritt in den Dienst als Irrenanstaltsarzt sind im Wesentlichen folgende anzusehen:

1. die im Publicum noch immer weit verbreitete ungünstige Meinung über Irrenanstalten im Allgemeinen und über Irrenärzte im Besonderen. Dieses unheilvolle, oft bekämpfte und bei den vorzüglichen Einrichtungen unserer modernen Irrenanstalten gänzlich unbegründete Vorurtheil findet leider immer wieder neue Nahrung durch die Angriffe vorzugsweise solcher Personen, die dem heutigen Irrenwesen persönlich ganz fremd gegenüber stehen, und verleidet naturgemäss dem angehenden Mediciner leicht den Gedanken, grade diese Specialwissenschaft zu seinem Lebensberuf zu machen.

2. Die eigenartige Thätigkeit des Irrenarztes in dem engeren Bereiche des Anstaltslebens, welches nicht jedem zusagt und jedenfalls ein so lebendiges Interesse an der Psychiatrie voraussetzt, dass dagegen manche Beschwerlichkeiten, ja Gefahren des Dienstes und manche Entbehrungen gern in den Kauf genommen werden.

3. Vor allem die ungünstigen Aussichten auf Avancement und materielle Verbesserung. Die Stellen der Direktoren sind wenige; sie zu erreichen, ist nur Einzelnen beschieden. In den Rheinischen Anstalten ist zwar manches geschehen, um die Lage der älteren Anstaltsärzte unter dem Direktor zu heben; es sind in jeder Anstalt ausser dem Direktor an beamteten Aerzten mit Familienwohnung und Pensionsberechtigung auf Lebenszeit angestellt: ein Oberarzt mit 4200 bis 5400 Mk. und ein sogenannter 3. Arzt mit 2700 bis 3900 Mk. Gehalt. Die weiteren ärztlichen Kräfte, deren je eine auf 100 Kranke gerechnet wird, werden durch Assistenz- und Volontairärzte gestellt. Auch deren Stellung ist (Haushaltsplan für 1901/1902) verbessert worden, indem sie jetzt mit 1500 Mk. anfangen und alle 2 Jahre um 200 Mk. bis 2500 Mk. steigen.

Aber auch diese Regelung gewährt dem jungen Psychiater nicht die gewünschte Aussicht. An einer Anstalt von 700 Betten — der durchschnittlichen Rheinischen Belegung — befinden sich jetzt 3 beamtete Aerzte und 4 Assistenzärzte. Letztere werden bei einem normalen Anfangsalter von 25—26 Jahren ihr Höchstgehalt als Assistenzärzte mit 35—36 Jahren erreichen. Sie sind auch dann nicht im Stande, sich einen eigenen Haushalt zu gründen, da sie keine Familienwohnung erhalten; sie stehen also wesentlich

ungünstiger, als beispielsweise der Rendant oder Verwalter derselben Anstalt, die in diesem Lebensalter in der Regel längst fest angestellt und im Genuss einer Familienwohnung mit Garten, Brand, Licht und Arznei sind.

4. In den von dem Landeshauptmann berufenen regelmässigen Directoren-Conferenzen, wie auch in verschiedenen Zeitschriften, ist endlich darüber Klage erhoben, dass z. Zt. den Anstaltsärzten nicht ausreichende Mittel zu Gebote stehen, um sich wissenschaftlich fortzubilden durch gelegentlichen Besuch von Fortbildungskursen, psychiatrischen Vorträgen, Beschaffung von Lehrmitteln und dergl.

II.

Vorstehende Gesichtspunkte können nach den zahlreichen Auslassungen der Fachlitteratur als die entscheidenden und maassgebenden für die Beurtheilung des geringen Andranges zur Psychiatrie angesehen werden.

Hinsichtlich der Mittel zur Abhülfe ist im Einzelnen Folgendes zu bemerken und vorzuschlagen:

1. Das Misstrauen des Publikums gegen die Irrenanstalten und die Irrenärzte kann nicht besser bekämpft werden, als durch die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges: Verbesserung aller Einrichtungen und Hebung des Aerzte- und Pflegepersonals.

2. Es muss danach gestrebt werden, nur tüchtige Kräfte, die aus Liebe zur Sache in den Anstaltsdienst eintreten, zu gewinnen. Zu diesem Zwecke müssen allerdings zunächst

3. die materiellen Verhältnisse der Anstaltsärzte günstiger gestaltet werden.

Dies wird sich am sichersten dadurch erreichen lassen, dass die Anzahl der beamteten Aerzte vermehrt und dafür diejenige der Assistenzärzte verringert wird. Es wird deshalb in Vorschlag gebracht, in den grösseren Anstalten von mehr als 600 Kranken (mithin unter Ausschluss von Andernach) zu dem vorhandenen Oberarzt noch einen zweiten Oberarzt mit den im Besoldungsplan vorgesehenen gleichen Bezügen (4200—5400 Mk.) nebst Familienwohnung einzustellen. Da hierfür ein Assistenzarzt mit durchschnittlich 2000 Mk. fortfällt, so ist die financielle Mehrbelastung nicht so schwerwiegend, während dafür der erzielte dauernde Gewinn an guter ärztlicher Versorgung ein ausserordentlich bedeutender sein wird.

An einmaliger Ausgabe würde die Gestellung einer Familienwohnung erforderlich werden, für welche die nöthigen Mittel in der vorgesehenen 2. Anleihe für die Zwecke des Irrenwesens aufgeführt sind. (Drucksachen. Nr. 29.) Es ist selbstverständlich, dass das Aufrücken der jüngeren Aerzte in die Stellen der beamteten Aerzte nur dann stattfindet, wenn es sich um wirklich tüchtige und bewährte Kräfte handelt.

4. Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung der Psychiater wird die Einstellung kleinerer Summen in die Anstaltshaushaltspläne (von 500 Mk. bei den grösseren Anstalten, 400 Mk. bei Andernach) behufs Verwendung nach besonderer Anordnung des Landeshauptmanns vorgeschlagen.

Wenn diese Maassnahmen getroffen sind, so wird mit Sicherheit allen berechtigten Anforderungen Genüge gethan sein und auch der erwünschte Erfolg nicht ausbleiben.

Es wird hiernach beantragt:

„Der Provinziallandtag wolle beschliessen:

Zur Verbesserung der Verhältnisse der Irrenärzte an den Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten

1. die Einrichtung der Stelle eines zweiten Oberarztes bei den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten zu Bonn, Düren, Galkhausen, Grafenberg und Merzig zu genehmigen;
2. der Einstellung der erforderlichen Mittel zur Herstellung von Familienwohnungen für diese Beamten in die vorgesehene 2. Anleihe für die Zwecke des Irrenwesens u. s. w. (Drucksachen. Nr. 29) zuzustimmen;
3. die in den Haushaltsplänen der einzelnen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten unter Titel II am Schluss vorgesehenen Ausgaben von 500 bezw. 400 Mk. zur wissenschaftlichen Fortbildung der Anstaltsärzte zu bewilligen."

Düsseldorf, den 1. October 1902.

Der Provinzialausschuss:

O. Graf Beissel von Gymnich, Vorsitzender. Dr. Klein, Landeshauptmann."

— **Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten**. Sitzung vom 12. Januar 1903. Vorsitzender: Jolly. Schriftführer: Bernhardt.

1) Jacobsohn: Demonstration eines Gipsmodelles der menschlichen Grosshirnhemisphäre.

Vortr. demonstrirt Gipsmodelle, die nach folgender Methode angefertigt sind. Nach Entfernung der Pia werden sämmtliche Furchen mit flüssigem Paraffin (50—60°), nachdem ihre Wände auseinandergebogen sind, ausgegossen; dasselbe erstarrt momentan und giebt so einen getreuen Abdruck. Alsdann wird verflüssigter König'scher Lack über die ganze Fläche gegossen, der einen festen Mantel der Oberfläche bildet. Aus diesem Negativ wird die Hemisphäre, was leicht gelingt, entfernt. Das Positiv wird dann mit kalt angerührtem Gipsbrei hergestellt. Ist der Gips völlig erstarrt, bringt man ihn mit dem Negativ in heisses Wasser, in dem sich Paraffin und Lack wiederum lösen. Die dann noch nöthigen kleinen Reparaturen werden an dem Positiv am besten an der Hand des inzwischen conservirten Objects vorgenommen. Vortr. glaubt, dass eine grössere Anzahl so hergestellter Modelle am naturgetreuesten eine vergleichende Betrachtung der Furchenverhältnisse des menschlichen Hirns ermöglicht, besser als conservirte Präparate das gestatten. Auch wird hierdurch eine einigermassen exacte Messung der Oberfläche der Hemisphäre möglich.

2) Benda: Markscheidenfärbung der peripherischen Nerven.

Vortr. empfiehlt eine schon vor 1 ½ Jahren von ihm in der physiologischen Gesellschaft für das Centralnervensystem beschriebene Färbung als besonders geeignet für peripherische Nerven. Gefrierschnitte von in 10 % Formalin gehärtetem Material (das nicht

mit Alcohol vorbehandelt sein darf) werden mit Böhmer'schem Haematoxylin überfärbt (mindestens 24 Std.), dann mit einer oxydirenden Flüssigkeit, am besten Weigert'schem Gemisch von Boraxblutlaugensalzlösung differencirt. Alsdann Entwässerung in steigendem Alcohol, Aufhellung mit Creosot, Abtrocknung, Ueberspülung mit Xylol, Einschliessung in Balsam. Nachfärbungen der Kerne und der Ganglienzellkörnungen gelingen mit Anilinfarben, denen sich dann die Entwässerung u. s. w. anschliesst. Zerfallene Markscheiden können mit Fettfarben (Scharlach, Sudan) dargestellt werden, alsdann ist Einschliessung in Glycerin erforderlich. Mit dieser Methode kann man schon 2—3 Tage nach Gewinnung des Materials Markscheidenfärbung erzielen. Die Methode ist für periph. Material besser und sicherer als für centrales. Die Differencirung kann fortgesetzt werden, bis der ganze Schnitt fast farblos resp. gelb erscheint. Man thut gut vor Abschluss der Differencirung den Schnitt noch in Wasser unter dem Microscop zu controlliren. Vortr. demonstrirt eine Reihe von normalen und pathologischen Präparaten, die das Verfahren illustriren.

3) Discussion über den Vortrag der Herren von Leyden und Grunmach (vgl. Sitzung vom December 1902).

Lewy-Don demonstrirt eine grössere Reihe von Röntgenbildern, an denen er zeigt, dass auch bei gesunden Individuen die Wirbelsäule sehr verschieden schattirt erscheint, und dass die verschiedensten Momente am aufgenommenen Object und ebenso eine Reihe von technischen Momenten Verschiedenheiten bedingen, die von Grunmach nicht genügend gewürdigt erscheinen. Er hält daher die Bilder des letzteren nicht für hinreichend beweisend, um Schlüsse auf Osteoporose zu ziehen. Redner demonstrirt die verschiedenen Entwicklungsphasen, das Aussehen der erwachsenen Wirbelsäule bei wechselnden Arten der Aufnahmen, besonders Bilder der Lendenwirbelsäule, zeigt, dass der Rückenmarkskanal sich garnicht selten deutlich ausprägt und demonstrirt schliesslich verschiedene pathologische Bilder (Erweiterung der Lendenwirbelsäule bei Hydromyelus, Spina bifida, halbseitige Kreuzbeindefecte), ausserdem Osteoporose bei tabischen Fussgelenken, an den Handknochen u. a.

Grunmach bemerkt, dass er Bilder, wie die eben demonstrirten bei normalen Individuen zwischen dem 20. und 60. Lebensjahre (vor- und nachher kommen normalerweise Aufhellungen vor) nicht gesehen habe und glaubt, dass Herrn Lewy-Don technische Fehler untergelaufen seien. Er habe bei der Deutung seiner Bilder mit allen Cautelen gearbeitet, stets mit gleichen Röhren gearbeitet und sich nie auf eine Aufnahme beschränkt, sondern der Controlle halber stets mehrere gemacht.

4) Reich: Zur feineren Anatomie der Nervenzelle.

Vortr. spricht über die feinere Anatomie der Zellen der Schwann'schen Scheide der peripherischen Nerven. Er demonstrirt an den Kernen derselben (Ranvier'sche, Remak'sche Kerne) Kernmembran-, Kerngerüst- und Kernkörperchen, ferner den Zellen eigenthümliche, mit basischen Farbstoffen sich intensiv färbende Granulationen, die, wie sich aus ihren färberischen und chemischen Eigenthümlichkeiten erweist, aus einem dem Protogon der Nerven nahestehenden Stoffe bestehen. Eine andere Art von Körnern (schon von Alsholz näher beschrieben) dieser Zellgebilde haben die Eigenschaft, sich mit sauren Anilinfarbstoffen zu färben. Zusammengehalten werden diese unter pathologischen Verhältnissen vermehrten Körnchen durch ein einfaches wabiges Netz, das an der Peripherie der Zelle unmittelbar in die innerste Nervenscheide übergeht und durch Aufspaltung der sonst structurlosen Membran entstanden zu denken ist.

Die basiphilen Granula wie auch das Netzwerk treten bald nach der Pubertätszeit in den Nerven auf und finden sich auch bei Thieren, sind also wohl physiologische Bildungen.

Die Befunde des Vortr. sprechen dafür, dass es sich bei den Zellen der Schwann'schen Scheide nicht um bindegewebige, sondern um specifische nervöse Gebilde handelt. Martin Bloch (Berlin).

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie und Verwandtes. 4. Quartal 1902.

Von Medizinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Michels: Begriff und Aufgabe der „Masse". Das freie Wort, 5. Oct. 1902.

Woltmann: Die physische Entartung des modernen Weibes. Politisch-anthropologische Revue 1902, Nr. 7.

Reibmann: Zur Naturgeschichte des Herrscher-Talents und Genies. Ibidem.

Naumann: Die psychologischen Bedingungen des Socialismus. Ibidem.

Colin: Les aliénés criminels. Revue de psychiatrie 1902, p. 385.

Rossi: I suggestionatori e la folla. Il Manicomio, 1902, Nr. 2.

42. annual Report of the medical superintendent of the Matteawan State Hospital. For the year ending, Sept. 30, 1901.

Braunschweig: Das dritte Geschlecht (gleichgeschlechtliche Liebe). Marhold, Halle 1902. 58 S.

Vaschide et Vurpas: Qu'est ce qu'un dégénéré? Archives d'anthropologie criminelle etc. 1902, p. 478.

Högel: Die Straffälligkeit der Jugendlichen. Archiv f. Kriminalanthropol. etc. 10. Bd., p. 1.

Amschl: Ein Mord am eigenen Kinde unter mildernden Umständen. Ibidem, p. 70.

Rosenberg: Der Fall Marty. Ibidem, p. 83.

Rotering: Kriminalität im Hof- und Dorfsystem. Ibidem, p. 99.

H. Gross: Corrigirte Vorstellungen. Ibidem, p. 109.

H. Gross: Das Erkennungsamt der k. k. Polizeidirektion in Wien. Ibidem, p. 115.

Binet-Sanglé: Physio-psychologie des réligieuses (suite et fin). Archives d'anthropol. crim. etc. 1902, p. 607.

Zuccarelli: La donna, madre e lottatrice nella società odierna al lume dell' Antropo-Sociologia. Napoli 1902.

Rodiet: Les enfants alcooliques, causes et l'effet de l'alcoolisme pendant la première jeunesse. Revue Philantropique 1902, sept.
v. Ehrenfels: Zuchtwahl und Monogamie. Politisch-anthropologische Revue 1902, No. 8 u. 9.
Näcke: Ueber den moralischen Schwachsinn. Ibid.
Kowalewsky: Psychopathie légale. Vol. I: la psychologie criminelle. Paris, Vigot 1902.
Teichmann: Ueber hallux varus. Diss. Breslau 1902.
Ostwald: Auf der Walze. Die Woche 1902, H. 44.
La Cara: Un ermafrodita psicosessuale. Rivista mensile di psichiatria forense etc. 1902, p. 319
Penta: Sull importanza del sonno e dei sogni nella Psichiatria forense. Ibidem, p. 324.
Spratling: Epilepsy in its relation to crime. The Journal of mental and nervous disease 1902, Nr. 8.
van der Kolk: Vijf gevallen van epileptische krankzinnigheid zonder toevallen. Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1902, Nr. 5.
Estadistica de la administración de justicia en lo criminal durante el ano 1900 en la peniusula e islas adyagentes publicada por el ministerio de gracia y justicia. Madrid 1902.
Mortelli e de Sanctis: Biografia di un bandito. Giuseppe Musolini, di fronte alla psichiatria ed alla sociologia. Milano, fratelli Treves. 1903, 410 S.
Forel et Mahaim: Crime et Anomalies mentales constitutionelles. La place sociale des déséquilibrés à responsabilité diminuée. 1902. 300 S. Paris, Alcan.
Spitzka: Mental diseases, forensic medicin. The Medical Critic, Oct. 1902.
Lacassagne, Boyer et Rebatel: Vidal le tueur de femmes. Archives d'anthropologie criminelle etc. 1902, p. 645.
Mayet: Etudes sur les dégénérés. Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anatomique et physiologique de la criminalité. Lyon et Paris, Storck 1902.
Matiegka: Ueber das Hirngewicht, die Schädelkapacität und die Kopfform, sowie deren Beziehungen zur psychischen Thätigkeit des Menschen. I. Ueber das Hirngewicht des Menschen. Prag 1902. 75 Seiten.
Moll: Der Einfluss des grossstädtischen Lebens und des Verkehrs auf das Nervensystem. Zeitschr. für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene.
v. Schrenck-Notzing: Kriminalpsychologische und psycho-pathologische Studien. Gesammelte Aufsätze aus den Gebieten der Psychopathia sexualis, der gerichtl. Psychiatrie und der Suggestionslehre. 207 S. Barth, Leipzig. 4,80 M.
Marghand: Ueber das Hirngewicht des Menschen. Leipzig 1902. 88 S.
Schneider: Ein Beitrag zur Anatomie der Scheitelbeine des Menschen und der Affen. Diss. Strassburg 1902. 143 S.
v. Schlichtegroll: Die Bestie im Weib. Beiträge zur Geschichte menschlicher Verirrung und Grausamkeit. Dohrn, Dresden. 5 M.
v. Haelst: Contribution à l'étude de la polydactylie. Belg. méd. 1902.
Doll: Aerztliche Untersuchungen aus den Hilfsschulen für schwachsinnige Kinder zu Karlsruhe. Karlsruhe 1902.
Perthes: Ueber Spalthand. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1902.
De Castro: Brevi cenni di Antropologia normale e criminale dell' Abissinia. Archivio di psich. etc. 1902, p. 529.
Lombroso e Binelli: Innocenza di gravissima imputazione dimostrata dall' Antropologia criminale. Ibidem, p. 530.
Pianetta: Nota anatomica sopra un caso di deformità dell' arto superiore destro osservata in un frenastenico. Ibidem, p. 546.
Lai: Polidactilia ed epilessia. Ibidem.
Puglia: Unioni criminali semplici e responsabilità penale (Schluss). Ibidem, p. 561.
Mariani: Autotatuaggio. Ibidem, p. 589.
Magnanimi: Contributo allo studio della pseudologia fantastica nei pazzi morali. Ibidem, p. 591.
Bonelli: Un caso di pazzia morale. Ibidem, p. 594.
Giuffrida-Ruggeri: Il color rosso e il sangue: eccitamento fisiologico ed eccitamento atavico. Ibidem p. 591.
Cleveland-Hald: Crime and social progress. Columbia University Press, 1902.
Hellpach: Darwinismus und Sozialpsychologie. Politisch-anthropologische Revue 1902, Nr. 9.
Miessner: Der Werth der Religion für das Leben. Ibidem.
Lentz et de Boeck: Vol avec escalade et éffraction. Simulation d'aliénation mentale. Bull. de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1902, Sept.
Frasetto: Sul foro epitrocleare (for. supra-condyleus internus) nell' omero dei primati. Bolletino dei Musei di zool. ed anat. comp. d. R. Univ. di Torino, 1902.
Saporito: Sulla delinquenza militare. Riv. mens. di psich. for. etc. Nr. 10.
P. Tarnowskaja: Die Mörderinnen. Eine anthropologische Studie. 1902. (Russisch).
Viallon: Suicide et folie (suite). Annales médico-psychologiques. 1902, Nr. 8.
Rouby: Hystérie de Saint Thérèse (suite). Archives de Neurologie, 1902, Oct.
Minerbi et Tedeschi: Le facies faunica, un signe dégénératif chez quelques névropathes. Revue Neurologique 1902.
Näcke: Zeitungsannoncen von weiblichen Homosexuellen. Arch. f. Kriminalanthrop. etc., 10. Bd., 3. Heft.
Haberda: Ueber die Art des Vollzugs der Todesstrafe. Ibidem.
Baumgarten: Die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechen. Ibidem, 11. Bd., 1. Heft.
Schultze: Psychiatrische Gutachten. Ibidem.
Näcke: Emile Zola. In memoriam. Seine Beziehung zur Kriminal-Anthropologie u. Soziologie. Ibidem.
Ribella: Voci dell' Ergastolo. Rom, Löscher, 112 S.
Faure: Essai d'étude comparative de l'homme droit et de l'homme gauche. Thèse de Lyon 1902.
Ollive: Le médecin légiste. Nantes 1902.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale Fernsprecher 244.

Nr. 48. 28. Februar. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6395), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Behandlung der Epilepsie nach der Methode Toulouse-Richet.

Auf Grund von Versuchen an der Irrenabtheilung des allgemeinen Krankenhauses des Békéser Comitats (Primararzt Dr. K. Pándy).

Von den Assistenzärzten Dr. *Jenő Halmi* und Dr. *And. Bagarus*.

Die auf die Heilung der Epilepsie gerichteten Versuche bestätigen in den letzteren Jahren immer mehr jene hundertjährige Erfahrung, dass wir die Epilepsie nur lindern, jedoch nicht heilen können.

Die von Jahr zu Jahr als wirkungsvoll gepriesenen Heilmethoden haben sich der Reihe nach als wirkungslos, bezw. nicht besser als die alten, ja sogar des öfteren als gefährlich erwiesen. Insbesondere gelangte man zu traurigen Erfahrungen mit einer der letzten, der Flechsig'schen, mit Opium combinirten Brom-Behandlung, welche seit 1893 seitens mehrerer Autoren für eine werthvolle Medication erklärt wurde. Im Jahre 1897 mahnte Flechsig*) selbst, den Werth der Cur nicht zu überschätzen, erklärte sogar, dass sein Schüler Salzburg, welcher zu allererst eingehendere Mittheilungen gemacht hatte, seinen Artikel mit einem etwas jugendlichen Enthusiasmus geschrieben habe. Linke, der vordem das Verfahren anempfohlen, sah später ebenfalls seine Täuschung ein und als später mehrere rasch aufeinander folgende Todesfälle als Resultat der neuen Heilmethode verzeichnet wurden, wurde es zweifellos, dass man sich getäuscht habe.

Diese in der Geschichte der Heilung der Epilepsie seit Galenus sozusagen gesetzmässig sich wiederholenden Täuschungen ermuthigten, in Anbetracht auch noch der allerneuesten Daten Sinkler's, nach welchen die epileptischen Krämpfe auf verschiedene Veranlassungen 2 bis 29 Jahre ausbleiben können, um dann wieder zurückzukehren, ferner des Umstandes, dass die Anempfehler der neueren Mittel

*) Neurol. Central-Blatt.

nur von 3—4monatlichen, höchstens von einjährigen Erfahrungen Rechnung geben können, nicht sehr zum Versuche des allerneuesten Heilverfahrens. Näcke empfahl jedoch auf Grund der an Ort und Stelle gewonnenen Eindrücke die sogenannte Toulouse-Richet'sche Cur der Epilepsie so warm an, dass wir, eben mit Rücksicht darauf, dass „Epilepsia casus tristissimus", mit derselben dennoch Versuche anstellten.

Die Methode besteht bekanntlich darin, durch Entziehungen des Kochsalzes aus der Nahrung für die Wirkung des Brom in dem Organismus günstigere chemische Verhältnisse zu erzielen; das Brom nimmt in gewissem Maasse die Stelle des in den Geweben befindlichen Chlor's ein und wirkt es so bei dieser Diät nicht nur stärker, sondern verbindet es sich mit dem Organismus auch inniger und wirkt hierdurch zugleich beständiger.

Wir glaubten den Werth des zu untersuchenden Heilverfahrens in folgenden Criterien zu erkennen:

1. wenn wir mittelst desselben Leidende mit öfteren Anfällen und Kranke in grösserer Anzahl heilen können;

2. wenn die allfällige Besserung die zweifellose Folge der Behandlung ist, unabhängig von spontanen Remissionen und von anderen mit der Cur indirect zusammenhängenden Heilfactoren; endlich

3. wenn die Wirkung des Heilverfahrens längere Zeit dauert und die bisher erzielten Erfolge übertrifft.

Bei unseren Versuchen bedienten wir uns jener Anfallsverzeichnisse, welche in unserer, Ende 1899 eröffneten Irrenanstalt (Präsenzstand 358) seit 1. Mai 1900 über durchschnittlich 63 Epileptiker systematisch geführt werden. — Wir begannen mit der Heilmethode am 1. Mai 1901; 15 Kranke unterwarfen sich der Cur, worunter 9 mit mehr als 12 und 6 mit 3—6 Anfällen monatlich. Bei den ersteren kam bei regelmässiger Bromtherapie jeden zweiten bis dritten Tag ein Anfall vor, bei den Letzteren jeden fünften bis sechsten Tag ein Anfall.

Aus unserer Tabelle ist ersichtlich, dass bei diesen 15 Kranken bei regelmässiger Bromtherapie, bezw. auch ohne jede Veränderung derselben, hochgradige spontane Schwankungen vorkamen. So variirt z. B. bei unserem Kranken 1. A. S., der zum Versuche am zweckmässigsten erschien, während 6 Monaten die Zahl der monatlichen Anfälle zwischen 19 und 31, ja es blieben sogar einmal die Anfälle einen Monat lang gänzlich aus, bald wieder hatte er monatlich nur 3 Anfälle. — Aehnlich ist der Fall IV; ja es sind mehr-weniger alle unsere Fälle ähnlicher Art, indem bei einzelnen Kranken die Zahl der Anfälle monatlich zwischen 1 bis 7 und zwischen 3 bis 104 variirt. — Unsere Tabelle mahnt uns natürlich daran, dass die unter der Toulouse-Richet'schen Cur sich ergebende Besserung, bezw. die Verminderung der Zahl der Anfälle nur in dem Falle der Cur beigemessen werden kann, wenn die Besserung bei der überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Fälle sich ergiebt. Und dass wir selbst in diesem Falle nicht unbedingt sicher sind, beweist dieselbe Tabelle, welche zeigt, dass die Gesammtzahl der Anfälle in einzelnen Monaten ohne jede Veränderung der Therapie zwischen 164 und 365 variirt, ja es haben sich sogar im Januar unter 15 Fällen 9 spontan gebessert.

Die II. Abtheilung unserer Tabelle bezieht sich auf die durch Entziehung des Brom erfolgten Veränderungen. Wir haben bei unseren Kranken nämlich zwei Monate vor Beginn der Toulouse-Richet-schen Cur die Verabreichung des Brom eingestellt, theils um uns von dem Werthe der bisher befolgten Bromtherapie zu überzeugen, theils auch deshalb, damit das im Organismus sich angehäufte Brom möglichst entfernt werde und auf diese Weise ein solches Verhältniss zu Stande komme, als wenn man die neue Methode bei solchen Kranken versuchen würde, die bisher kein Brom genommen haben.

Aus den derart erhaltenen Daten ergiebt sich ohne Zweifel, dass in Folge Entziehung des Brom die Zahl der Anfälle anstieg; bei 15 Kranken ist die Zahl auf 483 bezw. 521 angestiegen, während früher im Laufe von 10 Monaten die grösste monatliche Zahl der Anfälle 365 betrug.

Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass in Folge der Entziehung des Brom die Zahl der Anfälle bei 3 Kranken sich verminderte und bei 7 (1. A. S., 2. B. J., 6. L. M., 7. P. M., 9. St. J., 14. P. Zs, 15. St. E.) sich bloss bedeutend steigerte. Hingegen sind bei dem Kranken Nr. 4 in Folge Entziehung des Brom die Anfälle von 70 auf 157 bezw. 198 gestiegen; als wir aber bei diesem Kranken das die Haut zu durchbrechen beginnende necrotische, einer spontanen Schenkelfraktur entstammende Knochenstück resecirten, fiel die Zahl der Anfälle bei gänzlicher Entziehung von Brom monatlich auf 3—6.

Dieser Theil unserer Tabelle bezeugt, dass es sich bloss bei Epileptikern mit sehr zahlreichen Anfällen und auch bei diesen nicht immer der Mühe lohnt, die bis jetzt übliche Bromtherapie anzuwenden. Sydney-Short und Völker sind jüngst zu gleichen Resultaten gelangt.

Was nun eigentlich unsere auf die Toulouse-

Laufende Zahl	Name	I. Zahl der Anfälle bei gew. Diät und Verabreichung täglicher 3, 4, 5 gr Brom										II. Entziehung von Brom gew. Diät		III. Cur Toulouse-Richet			IV. Gewöhnliche Diät und Brom							Anmerkung.
		1900 Mai	Juni	Juli	August	Septbr.	October	Novbr.	Decbr.	1901 Januar	Februar	März	April	Mai	3 gr Br. 1–15	1.5 gr Br. 16–31	Juni	Juli	August	Septbr.	October	Novbr.	Decbr.	
1	A. S. M.	31	20	19	21	23	—	30	21	3	—	36	35	30	14	16	20	19	28	37	32	30	26	—
2	B. I. M.	43	30	25	10	26	17	22	9	1	—	26	22	26	10	16	15	10	28	29	22	18	22	—
3	Cs. I. M.	9	6	2	11	12	34	38	13	4	8	3	6	6	3	3	22	3	10	8	9	5	4	bekommt seit Juni 1901 kein Brom
4	Cz. F. M.	58	106	55	104	75	80	106	30	3	70	157	198	48	48	—	82	131	88	16	6	6	3	bekommt seit September 1901 kein Brom
5	K.M.B.M.	12	17	19	22	3	8	2	31	30	24	6	13	6	—	6	8	—	8	3	2	—	—	bekommt seit Juni 1901 kein Brom
6	L. M. M.	9	4	8	—	4	21	37	29	16	—	44	80	3	3	—	6	8	39	22	—	25	—	—
7	P. M. M.	52	49	26	23	23	41	40	11	24	13	58	43	41	18	23	24	20	48	38	33	30	28	—
8	P. I. M.	—	6	15	43	25	29	38	55	23	45	25	35	39	30	9	39	105	38	32	37	56	69	—
9	St. I. M.	14	5	6	—	—	2	2	—	—	2	28	24	32	14	18	10	6	36	34	32	18	22	† 24. Mai 1901
10	G. R. F.	—	5	11	3	3	3	4	4	3	11	11	10	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	bekommt seit Juni 1901 kein Brom
11	F. E. F.	7	6	1	4	5	4	5	3	1	7	3	4	—	—	—	13	21	16	8	15	12	6	—
12	F. A. F.	17	18	31	24	6	8	25	13	17	19	25	14	24	5	19	15	33	27	50	16	39	26	† 16. Juni 1901
13	B. I. F.	5	5	14	4	9	—	2	2	11	4	12	6	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	F. Zs. F.	3	8	5	4	7	27	4	12	13	7	20	21	12	2	10	60	13	30	6	5	5	6	—
15	St. E. F.	1	—	8	1	6	5	10	3	9	15	28	10	2	1	1	10	17	13	19	10	8	4	—
Zusammen:		261	285	245	274	227	279	365	236	164	225	483	521	273	152	121	324	386	409	302	219	252	209	

Richet'sche Cur bezughabenden Erfahrungen anbelangt, so schicken wir voraus, dass wir den Kranken täglich 2 l Milch, 2 Eier, den Männern 750, den Frauen 500 g ungesalzenes Brot verabreichen liessen, ausserdem bekam jeder Kranke 2 Wochen hindurch täglich 2 Löffel der bei uns üblichen 10% Erlenmayer'schen Bromsolution, was beiläufig 3 g Brom entspricht.

Nach zwei Wochen verminderten wir diese Bromportion auf die Hälfte.

Aus der III. Abtheilung unserer Tabelle ist zweifellos zu ersehen, dass während der auf diese Weise durchgeführten neuen Heilmethode die Anfälle bei 7 Kranken sich verminderten und bei 6 sich vermehrten; 2 Kranke sind gestorben. — Die Gesammtsumme der Anfälle während des ganzen Versuchsmonats betrug 273, somit in der That beinahe die Hälfte als während der Zeit, in welcher das Brom entzogen wurde; ein ausschlaggebender Werth darf indessen dieser Veränderung, unserer Meinung nach, nicht zugeschrieben werden, da die I. Abtheilung der Tabelle zeigt, dass die Zahl der gesammten Anfälle bei regelmässiger Diät und Bromtherapie unter 10 Monaten sechsmal eine geringere war, als während dieser Zeit. — Wenn man aber die einzelnen, scheinbar gebesserten Fälle näher untersucht, so findet man auch unter diesen keinen einzigen, bei dem die Remissionen auch spontan nicht ebenso gross oder noch bedeutender gewesen wären.

Als wir zur gewöhnlichen Bromtherapie zurückkehrten, stieg die Zahl der sämmtlichen Anfälle bei den verbliebenen 13 Kranken auf 324, fiel aber später, trotzdem wir bei 5 Kranken das Brom gänzlich wegliessen, auf 219, sogar auf 200.

Aus der III. Abtheilung der Tabelle ist zu sehen, dass bei unserem Kranken Nr. 4, welcher früher während der Entziehung von Brom monatlich 198 Anfälle hatte, bei der olygochlorischen Therapie die Zahl der Anfälle in einem halben Monate sich auf 48 verminderte, in der zweiten Hälfte des Monats blieben die Anfälle gänzlich aus; aus der I. Abtheilung der Tabelle indessen ergiebt sich, dass die Zahl der monatlichen Anfälle des Kranken zwischen 3 und 106 schwankte. Bei demselben Kranken blieben die Anfälle in der 3. und 4. Woche gänzlich aus. Man muss indessen hier berücksichtigen, dass dieser Kranke in Anbetracht der während der abromischen Zeit angestiegenen Anfälle dreimal grössere Bromportionen bekam als die anderen Kranken, anderestheils, dass, wie bereits erwähnt, nach der Resection des necrotischen Knochens, trotz der Entziehung des Brom und der gewöhnlichen Diät sich die Zahl der Anfälle monatlich auf 6—3 verminderte.

Das Körpergewicht der Kranken hat sich laut den systematisch geführten Verzeichnissen nicht wesentlich verändert; bei einigen Kranken ist es unbedeutend gestiegen, bei anderen unbedeutend gesunken.

Abgesehen von der, wie bereits bemerkt, nicht besonders bedeutenden Abnahme der Zahl der Anfälle bei der olygochlorischen Bromtherapie beobachteten wir eine zweifellos gesteigerte Wirkung auf das Nervensystem. Unsere Versuchskranken wurden ruhiger, unempfindlicher; auch früher muntere Patienten sassen unthätig und niedergeschlagen zwischen den Anderen, es kam die Verlangsamung der psychischen Processe bei einzelnen sogar in Gestalt von wahren Stupor und Delirien zum Ausdruck.

Wir haben bereits oben erwähnt, dass diese, alle Functionen des Nervensystems herabsetzende und auch durch Thierversuche erwiesene Wirkung des Brom bei 2 unserer Kranken eine letale Intoxication herbeiführte.

Aus der Geschichte eines dieser Patienten (Nr. 10 G. R., 40 J. a., ledig) erwähnen wir Folgendes: Angeblich litt bereits ein Onkel an Epilepsie, Patientin selbst hat seit ihrem ersten Lebensjahre epileptische Anfälle, welche seit ihrem 35. Jahre sich so vermehrten, dass sie arbeitsunfähig wurde und nahmen in Verbindung damit auch ihre geistigen Fähigkeiten bedeutend ab. — Vom 1. Jan. 1894 bis 25. Jan. 1895 hatte Patientin manchmal täglich auch mehrere Anfälle, wonach sie 2—3 Tage lang ganz verwirrt war, lachte, weinte, allerlei unsinniges Zeug verübte und endlich in eine Stunden lang andauernde Apathie verfiel, während welcher Zeit sie mit cyanotischem Gesichte zu Bette lag. — Seit 1896 hatte sie monatlich 3—34 Anfälle, einmal lag sie zwei Tage hindurch ganz bewusstlos. Wir pflegen sie in unserer Anstalt seit 13. November 1899; bei uns hatte sie bei der erwähnten Bromtherapie monatlich 1—11 Anfälle. — Am 23. Februar 1901 stellten wir die Bromtherapie ein, trotzdem vermehrten sich ihre Anfälle nicht. — Am 1. Mai begannen wir die Toulouse-Richet'sche Cur mit 3 g Brom. — Bis zum 7. desselben Monats befand sich die Patientin ziemlich wohl und hatte keine Anfälle. Am 17. stellten wir in Folge der eingetretenen Schwäche, Apathie und stuporösen Zustandes die Verabreichung des Brom ein, liessen jedoch die Diät auch weiterhin einhalten, ergänzten dieselbe sogar um 6 Decil. weissen Kaffee. Am 24. Mai trat hochgradige motorische Unruhe auf, Patientin wurde ganz verwirrt, aufgeregt, absti-

nirt. Von diesem Tage an bekam Patientin täglich 2 Esslöffel einer 10% Kochsalzsolution, was 9 g Kochsalz entspricht. — Trotz dieser Behandlung wurde Pat. am ganzen Körper cyanotisch, der Puls wurde immer frequenter, sehr schwach und trat trotz der Verabreichung von Digitalis der Exitus ein. Als Todesursache mussten wir eine infolge von Bromintoxication eingetretene Herzschwäche annehmen.

Der zweite letal geendete Fall (Nr. 13. B. J.) betraf eine 42 Jahre alte Frau. — Dieselbe litt an Epilepsie seit ihrem 18. Lebensjahre, die Anfälle erschienen während ihres Aufenthaltes in der Anstalt monatlich 10—14 mal. Im Januar 1901 hatte sie 11 Anfälle. — Ende Februar trat in Folge der Entziehung des Brom ihre Bromacne zurück, Pat. verhielt sich ruhig und vernünftig, sie ist orientirt, strickt den ganzen Tag. Bis 1. Mai vermehrte sich während der Entziehung des Brom die Zahl ihrer Anfälle nicht beträchtlich, bis 6. Mai fühlte sie sich ziemlich wohl, am 13. Mai beklagte sie sich über peinliche Halsschmerzen, wurde dann stuporös, der Puls wurde klein und immer frequenter, pro Minute 96, weshalb wir auch das Brom einstellten und die Kranke in's Bett legten. Am 20. Mai wurde Pat. trotz Entziehung des Brom immer schwächer, ganz stuporös, sie delirirt, liess Urin und Stuhl unter sich, zeitweise erscheint eine hochgradige motorische Unruhe. — Mit Verdacht darauf, dass diese schweren Erscheinungen nicht nur von der gesteigerten Bromwirkung, sondern auch von der Entziehung des Kochsalzes herrühren könnten, gaben wir der Kranken täglich auf 3 Dosen vertheilt insgesammt 9 g Kochsalz in Wasser aufgelöst und stellten ihre gewöhnliche, mit Kaffee, Braten und Compot verbesserte Kost zurück. Trotzdem wurde die Kranke immer schwächer, bekam tiefen Decubitus, im Urin erschien in geringer Menge Eiweiss. — Trotz Digitalis waren wir nicht im Stande, die immer fortschreitende Schwäche aufzuhalten; an den Extremitäten der Kranken erschienen Oedeme, es trat mässige Cyanosis auf und am 18. Juni verschied die Kranke. — Als Todesursache wurde ebenfalls durch Bromintoxication verursachte und durch Entziehung von Kochsalz beschleunigte Herzschwäche angenommen.

Mit der auffallenden Verschlimmerung des Zustandes dieser Kranken hielten wir es für nothwendig, uns davon zu überzeugen, ob die Bromintoxication oder die Entziehung des Kochsalzes, bezw. beide zusammen es seien, die die Erscheinungen verursachten und versuchten wir infolgedessen die olygochlorische Milchdiät ohne Verabreichung von Brom bei zwei nicht epileptischen unserer Kranken. — Bei diesen Kranken traten nach zwei Tagen allgemeines Unwohlsein und Erscheinungen von allgemeiner Schwäche ein, so dass wir auch auf entschiedenen Wunsch der Kranken von der Fortsetzung der Versuche abstehen mussten.

Wir finden es für nothwendig, ausser dem Obigen noch zu erwähnen, dass wir bei einem unserer Kranken, bei welchem von Zeit zu Zeit 8—10 Tage dauernde, ausserordentlich starke, mit Brom durchaus nicht zu besiegende psychische Aufregungen erscheinen, auch mit der Verabreichung von olygochlorischen Bromdosen keinen Erfolg erzielten. —

Ende Mai 1901 stellten wir die olygochlorische Therapie bei unseren sämmtlichen Kranken ein, nicht nur deshalb, weil wir keine objective Besserung beobachteten, sondern auch deshalb, weil die Kranken die Fortsetzung der Cur entschieden verweigerten.

Nach alldem können wir unsere Resultate darin zusammenfassen, dass die Toulouse-Richet'sche Heilmethode die Epilepsie weder heilt, noch bessert. Wohl gelangt die Wirkung des Brom bei künstlicher Entziehung des Chlor besser zur Entfaltung, doch ist die stärkere Wirkung mit der Gefahr einer verschieden schweren Bromvergiftung verbunden und somit kann die Methode nicht nur nicht empfohlen werden, sondern ist dieselbe entschieden gefährlich.

Abgesehen hiervon scheitert eine längere Zeit hindurch währende Anwendung auch an der Weigerung der Patienten und ist die Methode schon aus diesem Grunde illusorisch.

Nachtrag bei der Correctur.

Selbstverständlich haben wir bei unseren Versuchen sowie bei der Beurtheilung unserer Versuchsresultate uns bemüht, womöglich jede Art von Suggestion zu vermeiden.

Mittheilungen.

— Der **Preuss. Justiz-Ministerial-Erlass** vom 1. October 1902 im preussischen Abgeordnetenhaus. Sitzung vom 12. II. 1903.

Abgeordneter Dr. Kirsch (Düsseldorf, Centrum): „Meine Herren, ich möchte eine Verfügung des Herrn Justizministers aus dem vorigen Jahre einer Critik unterziehen. Dieselbe hat die Gerichte, besonders also die Amtsgerichte, angewiesen, in Entmündigungssachen hauptsächlich den Kreisarzt als Sachverständigen zuzuziehen. Sie hat sich dabei auf Bestimmungen der Civilprocessordnung bezogen, indem es im § 404 heisse, dass, wenn für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt seien, andere Personen nur dann gewählt werden sollen, wenn besondere Umstände es erfordern — und es wird davon ausgegangen, dass ein derartiger Sachverständiger der Kreisarzt sei. Meine Herren, ich weiss nicht, ob diese Heranziehung des § 404 ganz gerechtfertigt ist bezüglich des Kreisarztes, der ja nicht Sachverständiger für eine bestimmte medicinische Frage ist, sondern der eigentlich für alle derartigen Fragen, die in seinem Kreise vorkommen, als Sachverständiger aufzutreten hat.

Ich habe mir, als ich die Verfügung zunächst zu Gesicht bekam, gedacht: es solle damit ein gewisses Auskunftsmittel geschaffen werden, um die Einnahmen des Kreisarztes zu vermehren, der ja eine, wenn auch jetzt erhöhte, doch immer noch nicht genügende Besoldung aus der Staatskasse erhält. Andererseits muss ich aber doch darauf aufmerksam machen, dass durch die Zuziehung der Kreisärzte vielfach recht erhebliche Mehrkosten der Staatskasse und auch den Parteien erwachsen. In sehr vielen Fällen — ich glaube es ist die Mehrzahl der Fälle — werden die zu Entmündigenden in Irrenanstalten untergebracht sein, und dort sind die Irrenärzte meines Erachtens die berufenen Sachverständigen, die zuzuziehen sind. Mir sind Fälle bekannt, in denen regelmässig in der Irrenanstalt der betreffende Irrenarzt als Sachverständiger zugezogen wird, der seine Vorbesuche macht, sein Gutachten abgiebt und dafür 20 bis 30 Mk. liquidirt, während, wenn aus der benachbarten Stadt der Kreisarzt kommen sollte, dieser Betrag, sobald der Kreisarzt Reisen unternehmen muss, um die Vorbesuche zu machen, sich verdoppeln, ja verdreifachen würde.

Nun ist ja in der Verfügung hervorgehoben: wenn besondere Umstände es erforderlich erscheinen lassen, könne der Richter auch andere Sachverständige ernennen. Ich denke, dass eine möglichst weite Auslegung dieser Vorschrift zulässig ist, und dass die Gerichte, wenn eine erhebliche Kostenersparniss in Frage steht, namentlich für die Staatskasse — indem sie an die Oberrechnungskammer denken! — dann ohne weiteres nicht den Kreisarzt, sondern den gewissermaassen auch beamteten Arzt der Irrenanstalt als Sachverständigen zuziehen. Ich hoffe, dass der Herr Justizminister mit einer weitgehenden Auslegung dieser Verfügung einverstanden sein wird."

Der preuss. Justizminister, Dr. Schönstedt erwiderte hierzu:

„... Der Herr Abgeordnete Kirsch hat dann eine von mir im September vorigen Jahres erlassene Verfügung zur Sprache gebracht, die in ärztlichen Kreisen und in der Presse vielfach angefochten worden ist, und die sich auf die Zuziehung ärztlicher Sachverständiger in Entmündigungssachen bezog. Ich muss nothwendigerweise da ein bischen ausholen, um den Herren klar zu machen, worum es sich eigentlich handelt, und, wie ich hoffe, sie zu überzeugen, dass die Justizverwaltung in dieser Sache ein berechtigter Vorwurf nicht trifft.

Es war im Jahre 1899 aus Anlass der durch das Bürgerliche Gesetzbuch und die Novelle zur Civilprozessordnung eingeführten Aenderung im Entmündigungsverfahren eine allgemeine Verfügung erlassen worden, die den Amtsgerichten eine Weisung und Winke bezl. des Verfahrens in diesen Sachen gab. Der § 14 dieser Verfügung begann mit den Worten:

> Bei den Ermittelungen in Entmündigungssachen wird den Amtsrichtern die Beachtung nachstehender Punkte empfohlen.

Unter diesen empfohlenen Punkten lautet dann der zweite:

> Die Wahl der Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl wenn möglich auf einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten.

Diese Verfügung enthielt an sich nichts Neues, sie stimmte fast wörtlich mit einer älteren Verfügung vom Jahre 1887 überein.

Nachdem am 1. April 1901 das Gesetz über die Kreisärzte in Kraft getreten war, wandte sich der Vorstand des preussischen Medicinalbeamtenvereins mit einer Beschwerde an den Herrn Minister der Medicinalangelegenheiten, in welcher er unter Berufung auf die Bestimmungen des Kreisarztgesetzes den Anspruch erhob, dass nach den Vorschriften der Civilprozessordnung auch in Entmündigungssachen an erster Stelle der Kreisarzt als Sachverständiger zuzuziehen sei. Nach diesem Gesetz ist der Kreisarzt Gerichtsarzt seines Bezirks, und in der Begründung zu dem Gesetze ist der Begriff „Gerichtsarzt" ausdrücklich dahin erläutert: „also der öffentlich bestellte ärztliche Sachverständige seines Bezirks". Darauf stützte sich der Medicinalbeamtenverein.

Der § 404 der Civilprozessordnung bestimmt nun:

> Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch das Prozessgericht. Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.

Der Herr Minister der Medicinalangelegenheiten theilte mir diese Eingabe des Medicinalbeamtenvereins mit. Es haben darüber Verhandlungen zwischen unseren beiderseitigen Ressorts stattgefunden, die zu

dem Ergebniss geführt haben, dass wir den Anspruch des Vereins als einen berechtigten anerkennen mussten. Denn in der That liegt die Sache so, dass nach dem Kreisarztgesetz, wie ich eben schon gesagt habe, der Gerichtsarzt in ärztlichen Angelegenheiten Sachverständiger für seinen Bezirk ist, und dass deshalb der § 404 der Civilprozessordnung auf ihn Anwendung findet. Diese Ueberzeugung hat mich bestimmt, im Einverständniss mit dem Herrn Cultusminister, die angefochtene Verfügung zu erlassen.

Nun ist in dieser Verfügung irrthümlicherweise eine Weisung an die Richter erblickt worden. Das erklärt sich nur dadurch, dass die ursprüngliche Verfügung, in die dieser neue Satz eingeschoben wurde, den Lesern selbstverständlich nicht bekannt war. Wenn sie den Eingang des Satzes, in den dieser Untersatz einbezogen wird, gekannt hätten, wenn ihnen bewusst gewesen wäre, dass darin nur stand: es wird den Gerichten empfohlen —, dann hätte die Meinung gar nicht aufkommen können, dass es sich um Anweisungen gehandelt habe. Eine Anweisung an die Gerichte ist niemals beabsichtigt, und ich habe dies sogar in einem Schreiben an den Herrn Cultusminister ausdrücklich zum Ausdruck gebracht, indem ich demselben unter dem 18. August v. Js. schrieb:

> Die Auswahl der Sachverständigen sei lediglich Sache des richterlichen Ermessens, und dem Justizminister stehe nicht zu, durch Weisungen irgend welcher Art einzugreifen; es solle daher durch Anführung des § 404 Absatz 2 der Civilprozessordnung klargestellt werden, dass nur ein Hinweis auf dieses Gesetz, nicht aber eine darüber hinausgehende Empfehlung beabsichtigt worden ist.

Das ist also der Sinn und die Bedeutung dieser angefochtenen Verfügung. Ich glaube, dass man das im Laufe der Zeit in ärztlichen Kreisen erkannt hat. Wenigstens ist in einer ordentlichen Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz, die am 15. November v. J. stattgefunden hat, nach einem mir von dem Verein selbst zugesandten Protokoll von den Aerzten, die dort zu Worte gekommen sind — dieser Punkt stand nämlich auf der Tagesordnung — von einem ausdrücklich anerkannt worden: der Justizminister habe nicht anders handeln können. Ein anderer Arzt hat gesagt: der Erlass sei aus dem Kreisarztgesetz und der Civilprozessordnung zu erklären. Ein dritter Arzt, der wahrscheinlich Medicinalbeamter war, hat erklärt: die frühere, von mir aufgehobene Verfügung sei ein Misstrauensvotum gegen die Medicinalbeamten gewesen und sei von diesen als ein solches sehr schwer empfunden. Der hat sich also vollständig auf den Standpunkt der Justizverwaltung und der Medicinalverwaltung gestellt. Die Generalversammlung ist schliesslich zu dem Beschluss gekommen, die Sache zunächst nicht weiter zu verfolgen, sondern sie dem Verein deutscher Irrenärzte zur eventuellen weiteren Veranlassung zu überweisen. Was daraufhin weiter erfolgt ist, habe ich bisher nicht erfahren; aber ich glaube, dass wir gut thun werden, abzuwarten, ob der Verein der deutschen Irrenärzte sich noch veranlasst sehen wird, die Verfügung noch weiter anzufechten. Mir hat der Gedanke vollständig ferngelegen, die Einnahmen der Medicinalbeamten auf diesem Wege irgendwie zu erhöhen; ich habe aber den Einspruch gegen den Wortlaut der früheren Verfügung als einen nach dem Gesetz berechtigten anerkennen müssen, und deshalb allein habe ich mich für verpflichtet gehalten, die Verfügung so, wie sie lautet, zu erlassen."

(Abdruck aus dem stenogr. Protokolle.)

— **Der Heilwerth der Hypnose.** Die auf Veranlassung des preuss. Cultus-Ministers von der Aerztekammer eingesetzte Hypnose-Commission, die sich über den Heilwerth der Hypnose und über den Umfang und den Erfolg ihrer Verwendung in der ärztlichen Praxis äussern sollte, hat der Kammer ihren Bericht vorgelegt.

Die Commission, der Professor Mendel, der Director Dr. Gock-Landsberg a. W., Dr. Munter und Sanitätsrath Aschenborn angehören, bestreitet im allgemeinen die Bedeutung des Hypnotismus für die Heilung von Krankheiten. Es sei von vornherein ausgeschlossen, dass der Hypnotismus im stande sein könne, Krankheiten zu heilen, durch welche eine organische Veränderung eines Organs bedingt werde. Auch die Möglichkeit der Heilung der Epilepsie durch Hypnotismus wird u. a. auch auf Grund früherer Versuche eines Commissionsmitgliedes bestritten. Angebliche Heilerfolge werden auf falsche Diagnose zurückgeführt. Ebenso wird in Abrede gestellt, dass die Hypnose Heilerfolge bei hysterischen Störungen, bei denen sie bekanntlich eine sehr grosse Rolle spielen soll, hervorbringen könne. Hysterie sei nur zu heilen, wenn es gelinge, den Kranken gegen die erhöhte Suggestibilität widerstandsfähig zu machen, und bei einer solchen Krankheit könne natürlich ein Mittel, das Suggestion auf Suggestion häufe, nichts nutzen. Da endlich auch die functionellen Geisteskrankheiten der hypnotischen Behandlung in der Regel überhaupt unzugänglich seien, könne auch da von einem Heilerfolge keine Rede sein.

Etwas anderes sei es mit der Anwendung des Hypnotismus zur Beseitigung einzelner Symptome einer Krankheit. Kein verständiger Arzt werde am Krankenbett auf eine suggestive Wirkung verzichten; dass die Wachsuggestion und die Hypnose im stande seien, die verschiedensten Krankheitssymptome zum Verschwinden zu bringen — ohne aber die Krankheit zu heilen — sei nicht zweifelhaft. Der Erfolg werde bestimmt durch das grössere oder geringere Geschick des Suggerirenden, durch äussere Umstände und durch die Suggestibilität des Kranken. Gestehe man aber der Hypnotisierung einen Platz in der symptomatischen Therapie zu, so dürfe man doch nicht ausser Acht lassen, dass sie im Gegensatz zu anderen Mitteln der Suggestion nicht ohne Gefahren sei, theils könnten geistige Störungen eintreten, theils würden zwar einzelne Symptome wegsuggerirt, die Krankheit selbst aber gesteigert. Die Gefahr wachse, wenn der Hypnotismus von Laien angewendet werde, die nicht in der Lage seien, ungeeignete Fälle von vornherein auszuschliessen oder begonnene Hypnotisirung im erforderlichen Falle abzubrechen.

Je bekannter übrigens die Methode im Publicum

werde, desto geringer seien die Erfolge geworden, da gerade hier ja eben das Unbekannte, anscheinend Wunderbare und Uebernatürliche wirke, während der Erfolg mit dem mangelnden Glauben natürlich ausbleiben müsse. Nach der allgemeinen Erfahrung sei es daher ganz unzweifelhaft, dass in letzter Zeit der Umfang des Hypnotismus sehr erheblich abgenommen habe.

— Die **American Medico-Psychological Association,** welche sich der Vereinigung amerikanischer Aerzte und Chirurgen angegliedert hat, wird ihre diesjährige Sitzung gleichzeitig mit dieser Vereinigung in Washington abhalten, deren Congress vom 12. bis 15. Mai stattfindet. Nähere Auskunft ertheilt Dr. C. B. Burr, Secretär der Am. Med.-Psych. Gesellschaft in Flint, Mich.

Referate.

— Möbius, Ueber die Ekstase. Die Zeit. 32. B. H. 406. Wien, 1902.

Die ekstatischen Erscheinungen haben zu allen Zeiten und an allen Orten eine wichtige Rolle gespielt, sie sind eine Wirkung allgemein menschlicher Eigenschaften, unentbehrlich, und haben trotz mancher Nachtheile die Cultur gefördert. Ekstase heisst: in einem von dem gewöhnlichen abweichenden Bewusstseinszustande sein. Bewusstsein bedeutet schlechthin Erinnerungsfähigkeit. Unter Bewusstlosigkeit versteht man den Zustand, in dem die seelische Fähigkeit aufgehört hat, und andererseits den Zustand, zu dem keine Gedächtnissbrücke führt. M. meint, eine Zeit, von der keine Erinnerungen geblieben sind, sei für uns der gleich, in der sich nichts ereignet hat. (Dem kann Referent nicht ganz beistimmen.) Unbewusst nennen wir vorausgesetzte seelische Vorgänge, von denen wir keine Erinnerung haben. Von Bewusstseinsstörung spricht man, wenn Erinnerungslosigkeit in irgend einem Grade vorhanden ist. Es handelt sich dabei um eine Verminderung oder um eine Einengung des Bewusstseins. Bei Ekstase besteht Einengung des Bewusstseins, welches an Breite verliert. Je energischer die Thätigkeit ist, umso stärker ist die Einengung. So sehr auch die Einengung durch Widerstandsunfähigkeit, Suggestibilität von der durch die Stärke, durch die Uebermacht von Trieben, durch Leidenschaft oder Genialität verschieden sein mag, der Ausdruck Ekstase wird hier mit Recht gebraucht. Der ekstatische Zustand eingeengten Bewusstseins wird durch ein starkes Lustgefühl gekennzeichnet. Das Lustgefühl kann mit verschiedenen Vorstellungen verbunden sein, aber nur dann darf man von Ekstase reden, wenn das Lustgefühl überwiegt. Demnach haben wir zwei Bestandtheile der Ekstase, Einengung des Bewusstseins und starkes Lustgefühl. Zur Noth könnte man für die Ekstase mit Bewegungslosigkeit den Ausdruck Verzückung gebrauchen, während für die active Ekstase Begeisterung anzuwenden wäre. Doch geht eins in das andere über. Das Wesen bei beiden ist dasselbe. Nach oben hin lässt sich das Lustgefühl nicht eingrenzen, wohl aber nach unten, wenn auch die Grenzbildung immer willkürlich ist. Vielleicht mag man von Ekstase reden, wenn die Freude mit einem Rauschgefühle verbunden ist. Das Verhältniss der Einengung des Bewusstseins zum Lustgefühl ist schwer zu bestimmen. Die Einengung kann ohne stärkere Gefühle verlaufen, doch jede grosse Lust geht mit Einengung des Bewusstseins einher. Aber bei der Ekstase darf die Lust nicht als Ursache der Einengung angesehen werden. In vielen Fällen führt die Thätigkeit erst zur Einengung und dann zur Lust. Weit häufiger entsteht die Ekstase durch fremde Thätigkeit. Mag es auch gelingen, die Beziehungen zwischen Einengung und Lust in eine einfache Formel zu bringen, so sind doch bei der echten Ekstase immer beide Bestandtheile psychisch vermittelt. Das ist wichtig. Ein beträchtlicher Theil der ekstatischen Zustände gehört zur Hysterie. Es fehlt aber nie die psychische Vermittlung, welche gleichfalls organisch bedingt, für uns aber nur von innen her fassbar ist. Darin besteht der Gegensatz von psychisch vermittelt und organisch. Von der echten, psychisch vermittelten Ekstase sind ähnliche Zustände zu scheiden, die durch nichtpsychische Einwirkungen auf das Gehirn, Gifte, verursacht werden. „Diese organisch vermittelten Zustände mögen der Ekstase so ähnlich sein, wie sie wollen, sie sind doch principiell etwas anderes. Mag man sie Pseudo-Ekstasen nennen, nur vergesse man den Unterschied nicht. In der That kommen besonders bei der Vergiftung durch narkotische Stoffe, Alkohol, Opium, Haschisch und ähnliche Stoffe Pseudo-Ekstasen vor, aber bei ihnen ist das Lustgefühl mit Verminderung des Bewusstseins verknüpft, nicht mit einer einfachen Einengung, die vermehrte Arbeit liefern kann. Wenigstens ist hier die Einengung mit paralytischen Zuständen vereinigt, die eine ernstliche Störung darstellen und vermöge deren nichts Brauchbares herauskommen kann. Die Ekstase des Hysterischen kann mit der des Künstlers wesensgleich sein, nur der verschiedene Werth der Persönlichkeiten giebt den Unterschied. Aber die Pseudo-Ekstase des Betrunkenen hat nichts dabei zu suchen, sie gehört einfach zu den Gehirnkrankheiten und sie mag mit den ekstaseähnlichen Zuständen, die man bei den Maniakalischen und bei Verrückten beobachtet, zusammengestellt werden."

J. S. Mascher-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— Der Director der psychiatrischen und Nervenklinik und Poliklinik in Halle, ord. Professor Geh. Medicinalrath Dr. E. Hitzig hat wegen eines Augenleidens einen Urlaub bis Ende September erbeten, um alsdann definitiv in den Ruhestand zu treten. Geh. Rath Hitzig wirkt seit 1879 in Halle.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien).
Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland).
Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 49. 7. März. 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend in Stärke von 1—2 Bogen und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Abonnements-Erneuerung.

Wir bitten die Bestellung auf unsere Wochenschrift (bei den Postämtern unter **Nr. 6495** des Zeitungs-Kataloges) baldigst zu erneuern, damit die Weiterlieferung ohne Störung geschehen kann.

Diejenigen unserer verehrl. Abonnenten, welche die Wochenschrift unter Kreuzband empfangen, erhalten dieselbe weiter geliefert, sofern eine Abbestellung nicht erfolgt.

Die „Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift" tritt demnächst in ihren **V. Jahrgang.** Die Zahl der Mitarbeiter ist erheblich gewachsen. Der Umfang der Wochenschrift ist gegenüber demjenigen des I. Jahrgangs um fast den vierten Theil vermehrt. Gleichwohl ist der Abonnementspreis derselbe geblieben.

Verlag und Expedition der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift"
Carl Marhold in Halle a. S.

Ueber einige forensisch-psychiatrische Fragen*.)

Von Regierungs- und Sanitätsrath Dr. *A. Tilkowsky*, Director in Wien.

Meine Herren!

Wenn ich in dieser geehrten Versammlung das Wort zu nehmen mir gestatte, so thue ich es nicht deshalb, weil ich mir anmaassen würde, über sämmtliche psychiatrische Fragen, welche den Experten in dem Frageschema über die Voruntersuchung im Strafverfahren vorgelegt worden sind, Auskunft geben zu können. Der grössere Theil der Fragen ist eigentlich an die Adresse der Gerichtspsychiater gerichtet, und ich bin kein Gerichtspsychiater.

Indessen sind manche dieser Fragen von principieller Bedeutung und streifen durch ihren Zusammenhang mit wissenschaftlichen Problemen so sehr das allgemeine Gebiet der Psychiatrie, dass wohl auch der Anstaltsarzt gehört zu werden verdient.

In dieser Beziehung ist namentlich die letzte Frage des Schemas von weitgehendem Interesse, welche, indem sie einen notorischen Uebelstand der heutigen Rechtspflege bloslegt, zu einer Fülle von Betrachtungen Anlass giebt.

Es ist die Frage XXV: „Wie erklärt es sich, dass auf dem Gebiete einzelner geistiger Erkrankungen, insbesondere auf dem Gebiete der psychopathischen Minderwerthigkeit so häufig ein Zwiespalt in den Meinungen der sachverständigen Psychiater zu Tage tritt?" „Sind es Umstände wissenschaftlicher oder auch practischer Natur, welche einen Erklärungsgrund für diese Erscheinung geben? Wie ist dieser Dissonanz der Meinungen abzuhelfen?"

Ich werde mich zunächst mit dieser Frage etwas eingehender befassen.

Nach meiner Ansicht liegt der Hauptgrund des so häufigen Zwiespaltes in den Meinungen der sachverständigen Psychiater in der durch das Strafgesetz streng gebundenen Form, in welcher die Sachverständigen ihr Endgutachten abzugeben haben. Mögen diese noch so zweifeln und schwanken, sie stehen schliesslich doch vor der entscheidenden Frage: War der Thäter zur Zeit der Verübung des Deliktes des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt, oder war er es nicht? Das heisst ins Juristische übersetzt:

War er zurechnungsfähig, oder war er es nicht?

Das Strafgesetz hat es wohlweisslich vermieden, in das Moment der Zurechnungsfähigkeit einen medicinischen Begriff hineinzutragen, und überlässt es im Uebrigen den Sachverständigen, sich mit der Frage abzufinden, ob und in welcher Weise das Beraubtsein der Vernunft von einer etwa vorhandenen Geistesstörung abhängig zu machen sei.

Der Vorsitzende, Herr Hofrath Pelser, hat bei seiner Expertise in der vorigen Sitzung unter Anderem auch die Frage der psychiatrischen Sachverständigen gestreift und gemeint, der Sachverständige möge sich auf die Begutachtung des Falles und die Hervorhebung eventueller krankhafter Momente beschränken, die Frage der Zurechnungsfähigkeit aber dem Richter überlassen. Man kann ja dieser Auffassung zustimmen, obwohl sie nicht von allen Psychiatern getheilt werden dürfte. Ich meinerseits möchte meinen, die Sachverständigen hätten allen Grund, damit zufrieden zu sein, dass sie der oft schwierigen Frage der Zurechnungsfähigkeit überhoben sind.

Wird aber ihre Aufgabe dadurch auch nur im geringsten erleichtert, dass nicht sie, sondern die Richter über das Moment der Zurechnungsfähigkeit entscheiden? Bleibt die Schwierigkeit auf Seite der Sachverständigen nicht fortbestehen, wenn das Substrat, welches sie dem Richter zur Fällung seines Urtheiles liefern, an das durch das Gesetz geforderte Alternativvotum gebunden ist? Was nützen ihre subtilsten Analysen der Seelenthätigkeit, was nützen ihre feinsten Nuancirungen in der Schilderung der geistigen Individualität des Beschuldigten, endlich müssen sie doch Farbe bekennen, unter Umständen eine schwere Wahl, denn es giebt nur grelle Contrastfarben, schwarz oder weiss, krank oder gesund, ein Mittelding giebt es nicht!

Hierin liegt die Hauptquelle des Uebels, und das ist auch nach meiner Meinung, ich will nicht sagen, der einzige, wohl aber der Hauptgrund des Zwiespaltes der Meinungen der Sachverständigen.

Betrachten wir die Dinge, wie sie in Wirklichkeit sind. In der ganzen Natur, wohin Sie blicken, giebt es keine scharfe Grenzen, sondern nur Uebergänge. So wenig man den Tag von der Nacht, so wenig man die heisse von der kalten Zone scharf sondern kann, so wenig lässt sich die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit bestimmen.

Wenn man auch den Standpunkt jener nicht wird theilen können, welche die Annahme einer partiellen Geistesstörung und einer partiellen Verantwortlichkeit befürworten, so ist es doch eine ausgemachte Thatsache, dass sich zwischen geistige Gesundheit und Krankheit ein weites Grenzgebiet hineinschiebt, wel-

*) Vortrag, gehalten in der Kulturpolitischen Gesellschaft am 16. Januar 1903

ches alle möglichen Formen von Uebergangszuständen umfasst. Es werden also einerseits Fälle zur Beobachtung kommen, in denen dauernd gewisse Störungen im Geistesleben, gewisse Unvollkommenheiten, krankhafte Schwächen und Willenstriebe zu Tage treten. Koch hat diese Fälle mit einem sehr bezeichnenden Namen belegt. Er nennt sie die psychopathisch Minderwerthigen. Andererseits wird sich an die eben erwähnte Kategorie jene grosse Gruppe von Fällen schliessen, welche zeitweilig sehr schwere psychische Störungen aufweisen, bei denen aber die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit in der krankheitsfreien Zwischenzeit eben wegen der interkurrenten Geistesstörung grosse Schwierigkeiten machen kann. Hierher gehören vor allem die Epileptiker und die Hysterischen. Ferner kommen dazu die Alkoholiker, die Morphinisten, Cocainisten u. s. w., kurz alle diejenigen, welche auf dem Wege einer Giftwirkung eine krankhafte Störung ihrer Geistesthätigkeit erlitten haben.

Mit der Aufzählung der genannten Formen ist aber das Grenzgebiet noch lange nicht erschöpft. Ohne mich hierbei länger aufhalten zu wollen, möchte ich nur das grosse Heer der Neurastheniker, der Sexuell-Perversen, gewisser Querulanten, Hypochonder, Fanatiker, Schwärmer, Sonderlinge u. s. w. erwähnen, bei welchen die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit im concreten Falle ebenfalls schwer beantwortbar sein kann.

Da es nun bei der Beurtheilung dieser Grenzfälle in der Wesenheit stets auf eine taxative Abschätzung der krankhaften Momente ankommt, so ist nicht zu verwundern, wenn diese Abschätzung bei verschiedenen Begutachtern verschieden ausfällt, je nachdem die einen den krankhaften Zügen einen überwiegenden Einfluss auf das Delikt einräumen, die anderen nicht. Ja es ist noch weniger zu verwundern, wenn der psychiatrische Sachverständige mit seinem eigenen Gutachten dadurch gewissermaassen in Widerspruch geräth, dass er trotz Zulassung krankhafter Momente sich für einen Zustand ausspricht, aus welchem der Richter die Zurechnungsfähigkeit glaubt ableiten zu müssen.

Wie ist nun diesem Uebel abzuhelfen?

Hierin gipfelt die practische Bedeutung dieser Frage.

Die Antwort ist höchst einfach, sie fliesst aus der Natur der Sache. Man könnte sie sozusagen mathematisch formuliren. Wenn geistige Gesundheit der Zurechnungsfähigkeit und Geistesstörung der Unzurechnungsfähigkeit entspricht, so folgt daraus, dass die verminderte Gesundheit das Correlat der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist. Man braucht daher die Zwischenstufe, welche die Psychiater mit dem Begriffe der Minderwerthigkeit aufgestellt haben, nur in den juristischen Sinn der verminderten Zurechnungsfähigkeit umzuwerthen, und die Hauptschwierigkeit ist beseitigt.

Ich erinnere mich an eine Gerichtsverhandlung, welche vor nicht langer Zeit — ich glaube, es war im Frühjahr oder Sommer vorigen Jahres — stattfand. Es handelte sich da ebenfalls um einen sogenannten Grenzfall. Als der psychiatrische Sachverständige sein Gutachten über den Beschuldigten recht verklausulirt und mit allerhand Vorbehalten abgab, forderte ihn der Präsident auf, sich in bestimmterer Weise zu äussern, denn mit 50% Zurechnungsfähigkeit und 50% Unzurechnungsfähigkeit könne er nichts anfangen.

Nun, meine Herren, der Fall giebt viel zu denken. Ich führe ihn hauptsächlich gegen die Aeusserung des Herrn Hofrathes Pelser an, welcher in der Loslösung der Frage der Zurechnungsfähigkeit von der Competenz der psychiatrischen Sachverständigen die Beseitigung aller Schwierigkeiten zu sehen scheint. In diesem Falle haben die Sachverständigen die ihnen vorgezeichnete Grenzlinie gewiss eingehalten, sie haben sich auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit nicht eingelassen, sondern haben nur ihrer wissenschaftlichen Ueberzeugung nach getreu geschildert. Aber dem Gerichtspräsidenten genügte das Gutachten nicht. Seine Aeusserung, die wohl eines ironischen Beigeschmackes nicht entbehrt, er könne mit 50% Zurechnungsfähigkeit nichts anfangen, ist ein ungemein werthvolles Eingeständniss. Sehen Sie, meine Herren, der Präsident kann mit 50 Procent Zurechnungsfähigkeit nichts anfangen, weil von dieser verminderten Zurechnungsfähigkeit nichts im Gesetze steht; damit aber ein dem bestehenden Gesetze gemässes Urtheil erfliessen könne, blieb nichts anderes übrig, als der Appell an die Sachverständigen, ihr Gutachten der Alternativbestimmung des Gesetzes anzupassen.

Wem springt da nicht eine klaffende Lücke in die Augen, zwar nicht in der Psychiatrie, denn diese hat die Lücke mit der Einschiebung der psychopathisch Minderwerthigen längst ausgefüllt, wohl aber im Strafgesetz, welches mit dieser Zwischenstufe nichts anderes anzufangen weiss, als sie entweder in die Categorie der Zurechnungsfähigen oder in die der Unzurechnungsfähigen einzureihen? Und doch verlangen sowohl theoretische als auch practische Gründe immer dringender eine zeitgemässe Reform der Strafgesetzpflege bezüglich dieser Gruppe; sie verlangen, dass jener grossen Zahl von Minderwerthigen, welche sich in dem Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit befinden, eine besondere, auf der Basis

der verminderten Zurechnungsfähigkeit gegründete Rechtsprechung zutheil werde.

Es giebt in der That nur ein Mittel, um aus dem Gewissenszwange herauszukommen und ein der wissenschaftlichen Ueberzeugung entsprechendes Gutachten abzugeben, d. i. die Annahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Es wird dann wenigstens nicht so leicht vorkommen können, dass geistig minderwerthige Personen des Gebrauches der Vernunft für ganz beraubt erklärt und wegen ihrer Gemeingefährlichkeit in die Irrenanstalt gesperrt werden, wie das jetzt so häufig geschieht.

Dieses Mittel der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist gewiss kein utopistisches. Wie Sie ja wissen, hat es bereits in die Strafgesetzbücher einiger Länder thatsächlich Eingang gefunden. Ich erwähne nur das Bayerische Partikular-Strafgesetzbuch vom Jahre 1861 und das Italienische Strafgesetzbuch. In anderen Ländern, wie in der Schweiz, wurden Entwürfe vorbereitet, in welchen die verminderte Zurechnungsfähigkeit ebenfalls ihren gebührenden Platz einnimmt.

Ich möchte hier die Kriterien der verminderten Zurechnungsfähigkeit beiläufig einschalten, welche die genannten Länder je nach ihrer individuellen Anschauung aufgestellt haben.

Das Bayerische Strafgesetzbuch verlangt zur Annahme verminderter Zurechnungsfähigkeit eine erhebliche Minderung der Urtheilskraft oder der Freiheit der Willensbestimmung. Das Italienische Strafgesetzbuch fordert einen Geisteszustand, welcher die Zurechnungsfähigkeit wesentlich beeinflusst. Dem Schweizerischen Entwurf genügt jede Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit oder des Bewusstseins des Thäters.*)

Trotz alledem ist diese Frage noch eine stark umstrittene. Während die grosse Mehrzahl der Psychiater stets warm für die geminderte Zurechnungsfähigkeit eintrat und deren Aufnahme in das Strafgesetz verlangte, wurden von juristischer Seite mannigfache Bedenken dagegen erhoben und zwar in gänzlich entgegengesetzter Richtung:

Die einen befürchten eine gewisse Sentimentalitätspraxis, welche dem Ernste der Strafjustiz Eintrag thun könnte.

Andere wieder sehen Verurtheilung zur Strafe und damit eine ungerechtfertigte Härte in Fällen voraus, wo jede Bestrafung als unzulässig erscheint, weil selbst in jenen Grenzfällen das Individuum als unzurechnungsfähig behandelt werden müsse.

*) Dr. Gretener: Die Zurechnungsfähigkeit als Gesetzgebungsfrage mit besonderer Rücksicht auf den Schweizerischen und Russischen Strafgesetzentwurf, Berlin 1897.

Auch wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass Richter und Ärzte den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit als einen bequemen Ausweg benützen werden, um die Schwierigkeiten des Beweises zu umgehen. Namentlich wurde der Befürchtung Ausdruck gegeben, dass die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht nur in den eigentlichen Grenzfällen von zweifelhafter Geistesstörung, sondern auch als bequemes Auskunftsmittel in allen Fällen zweifelhafter Diagnose benutzt werden könnte, so dass also auch in solchen Fällen, welche de jure als unzurechnungsfähig zu erkennen wären, von schwachen Sachverständigen nur geminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen werden würde.

Weiter wurde noch das Bedenken geltend gemacht, dass man nicht wüsste, was man mit den vermindert Zurechnungsfähigen nach verbüsster Strafe zu thun hätte.

Von allen diesen geäusserten Bedenken scheint mir wohl das dritte das am schwersten wiegende zu sein, weil die Gefahr eines Missbrauches in der That nicht ausgeschlossen ist. Trotzdem bin ich der Anschauung, dass die Rücksicht auf unsichere Sachverständige von der Befürwortung einer Reform, wenn sie sachlich begründet ist, nicht abhalten darf. Man wähle eben nur sichere und verlässliche Sachverständige.

Alle anderen Bedenken aber werden hinfällig, wenn folgendes erwogen wird. Damit komme ich zu dem ebenso wichtigen praktischen Theil der Frage.

Meine Herren! Mit der blossen Annahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist die Sache nicht erledigt. Es müsste sich ihr als eine unabweisliche conditio sine qua non eine qualitative Änderung des Strafvollzuges beigesellen. An eine blos quantitative Herabminderung der Strafe in Fällen verminderter Zurechnungsfähigkeit zu denken, hiesse die Natur der Minderwertigen und deren Rückwirkung auf die Gesellschaft verkennen.

Allerdings giebt es eine Reihe von Grenzfällen mit ganz geringen Abweichungen vom sogenannten Normalmenschen, willensschwache, leicht beeinflussbare, excentrische, reizbare Charaktere, leichtere Schwachsinnsformen, denen zufolge ihrer verminderten Zurechnungsfähigkeit eine mildere Strafe im Sinne des heutigen Strafgesetzes ohne Weiteres wird zuerkannt werden können.

Anders verhält es sich mit dem Gros jener psychopathisch Minderwerthigen, deren Defekt hauptsächlich auf ethischem Gebiete liegt, der Defektmenschen mit verbrecherischen Neigungen, mancher unverbesserlicher Gewohnheitssäufer, der moralisch Imbecillen, kurz der Antisocialen aller Art, welche bisweilen eine erheb-

lichere Minderung ihrer Geisteskräfte aufweisen, ohne dass ihre Zurechnungsfähigkeit ganz ausgeschlossen erscheint. Es wäre total verfehlt, bei den Fällen letzterer Art aus dem Grunde der verminderten Zurechnungsfähigkeit auf eine mildere Strafe zu erkennen und sie bald wieder in die Freiheit zu versetzen, wo sie ihr altes Spiel von Neuem wieder beginnen würden. Da mit der verminderten Schuldfähigkeit in solchen Fällen sehr häufig eine gesteigerte sociale Gefährlichkeit verbunden ist, so ist es nothwendig, den Strafvollzug zu ändern und Massregeln anzustreben, durch welche weniger der Begriff der Strafe, als der der Verwahrung und Besserung, soweit diese möglich ist, zum Ausdrucke gelangt, also Schutz- und Besserungsanstalten für psychopathisch Minderwerthige.

Meine Herren! Die Ideen, die hier zum Ausdrucke gebracht werden, sind nicht neu. Es wurde hierin bereits von vielen bedeutenden psychiatrischen Autoren vorgearbeitet, so vor. Koch und Anderen*). Wiederholt stand die Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit und der damit im Zusammenhange stehenden Maassnahmen an der Tagesordnung psychiatrischer Vereine. Aber auch in den Kreisen der Juristen haben sich diese Ideen durchgerungen. Die „forensisch-psychiatrische Vereinigung in Dresden" ist in ihren Verhandlungen zu dem Schlusse gelangt, dass den gemindert Zurechnungsfähigen gegenüber eine besondere Art von Strafvollzug anzuwenden sei, und hat daher als Ergänzung zum § 51 des deutschen Strafgesetzbuches unter anderem vorgeschlagen, dass die Strafe an solchen Minderwertigen in besonderen, zur Vollstreckung von Strafen an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen sei. Weiters wurde hinsichtlich der unverbesserlichen Minderwertigen folgender Zusatzantrag gestellt: „Ist der Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit ein andauernder oder seiner Natur nach wiederkehrender, und hat der Thäter durch wiederholte Bestrafungen Anlass zu der Befürchtung gegeben, dass er nach Verbüssung der erkannten Strafe weitere Strafthaten begehen werde, so kann neben einer Freiheitsstrafe zugleich erkannt werden, dass der Verurtheilte nach Verbüssung der erkannten Strafe dem Vormundschaftsgerichte zu überweisen sei. Durch die Ueberweisung erhält das Vormundschaftsgericht die Befugniss, ihn solange in einer besonderen, zur Aufnahme von Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalt unterzubringen, als die Befürchtung, dass er wieder Strafthaten begehen werde, fortbesteht."

Eine ähnliche Idee schwebte Professor Benedikt vor, welcher in der vorjährigen psychiatrischen Enquête betreffend die Reform des Irrenwesens in seinem Referate: „Die Irrengesetzgebung und die Menschen mit anormaler Lebensführung" lebhaft für die Errichtung solcher Verwahrungsanstalten für unter Vormundschaft zu stellende psychopathisch Minderwertige plaidirte und eine Zweitheilung dieser Anstalten in der Art verlangte, dass die eine Kategorie für minder gefährliche, noch nicht oder noch nicht schwer gerichtlich compromittirte und nicht besonders gemeingefährliche, die andere für sehr compromittirte und besonders gemeingefährliche Individuen bestimmt wäre.

Die Frage der Organisation dieser Detentionsanstalten für psychopathisch Minderwerthige, mag man sie nun Strafabsonderungshäuser, oder Schutz- und Besserungsanstalten, oder Verwahrungsanstalten, oder wie sonst immer nennen, ist hier nicht zu erörtern, da es sich vor Allem um die Prinzipienfrage handelt. So viel muss indessen schon jetzt bemerkt werden, dass eine gedeihliche Lösung nur dann zu erwarten ist, wenn diese Anstalten unter staatliche Verwaltung gestellt werden. Der Staat, welcher die Justizgewalt ausübt, muss folgerichtig auch jene Institutionen in Händen haben, welche mit der Strafjustiz im Zusammenhange stehen.

Wie schon erwähnt, fand im vorigen Jahre eine von der Regierung einberufene psychiatrische Enquête statt, in welcher nebst anderen organisatorisch wichtigen Fragen auch die Frage der Errichtung von staatlichen Anstalten für geisteskranke Verbrecher einer lebhaften Discussion unterzogen worden ist. Die Enquête sprach sich einhellig für die Nothwendigkeit solcher Spezialanstalten aus, seien sie nun als Adnexe an die Strafanstalten, oder als selbstständige Anstalten gedacht. Unter allen Umständen müsse aber der staatliche Charakter derselben gewahrt bleiben. Genau dieselben Gründe, welche dort für den staatlichen Charakter der genannten Anstalten geltend gemacht wurden, wären auch für die Verwahrungsanstalten für psychopathisch Minderwerthige maassgebend.

Die Unterbringung von psychopathisch Minderwerthigen in Irrenanstalten ist die denkbar unglücklichste Massregel, obwohl sie als ultima ratio unter den gegebenen Verhältnissen begreiflich erscheint. Primararzt Berze*) hat diese Frage sehr sachlich er-

*) Koch. Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.

*) Dr. Josef Berze: „Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt?" Wiener Medicinische Wochenschrift Nr. 26, 1901.

örtert und den von gewisser Seite erhobenen lächerlichen Einwand, als ob die Irrenärzte die unangenehmen Gäste aus Bequemlichkeit fernhalten wollten, treffend widerlegt.

Nicht kleinliche, nicht persönliche Gründe sind es, welche für die erwähnte Behandlung der gemeingefährlichen Minderwerthigen sprechen; die Gründe liegen in der Sache, sie sind so schwerwiegend und berühren so sehr die Interessen der Gesellschaft, ja die eigenen Interessen der Betroffenen selbst, dass nur eine Reform der Strafgesetzpflege in der angedeuteten Richtung eine befriedigende Lösung des fraglichen Problems herbeiführen kann.

Ich gehe nun an die Beantwortung der übrigen Fragen, bezüglich welcher ich mich so kurz als möglich fassen will.

Frage XIX. „Sind die gesetzlichen Anforderungen, betreffend die psychiatrische Vorbildung des Candidaten der Physikatsprüfung, ausreichend?"

Diese Frage muss mit Nein beantwortet werden. Zur Qualification eines Gerichtspsychiaters genügt die Ablegung der Physikatsprüfung allein nicht. Derselbe muss vielmehr über ein ausreichendes Maass von praktischer Erfahrung in psychiatrischen Dingen verfügen, die er sich nur in längerem Anstaltsdienste (wohl nicht unter einem Jahre) sei es in einer Irrenanstalt oder in einer Irrenklinik erwerben kann. Gerade die Vielgestaltigkeit der Psychosen, die vielen Abstufungen und Varianten, die Unmöglichkeit gewisse Misch- und Uebergangsformen in ein doktrinäres Krankheitsschema zu zwängen, machen ein lebendiges Erfassen der psychiatrischen Disciplin zur unabweisbaren Nothwendigkeit. Das kann aber durch ein blos theoretisches Studium niemals erreicht werden.

Frage XX. „Durch welche Maassnahmen ist bei den Kreisgerichten und bei den ländlichen Bezirksgerichten für die Beschaffung psychiatrischer Gutachten Vorkehrung getroffen? Werden auf dem Lande auch solche Aerzte zur Abgabe psychiatrischer Gutachten zugelassen, welche vermöge der alten Studienordnung psychiatrische Studien gar nicht absolvirt haben?"

Hiezu ist zu bemerken, dass in Ermangelung von Fachpsychiatern bei den ländlichen Bezirksgerichten auch Aerzte zur Abgabe psychiatrischer Gutachten zugelassen werden, welche keine psychiatrischen Studien aufzuweisen haben. Dass ein solches Gutachten häufig nicht sachgemäss und den Thatsachen entsprechend ist, liegt ja auf der Hand. Da aber zur Abgabe eines psychiatrischen Gutachtens in gleicher Weise wie bei Vornahme von gerichtsärztlichen Untersuchungen spezialärztliche Kenntnisse und Erfahrungen nothwendig sind, so würde es sich empfehlen, alle wichtigeren Untersuchungen nur von Fachpsychiatern vornehmen zu lassen. Man müsste demnach entweder einen Kliniker einer etwa nahe gelegenen Universitätsstadt oder einen Anstaltsarzt einer nahe gelegenen Irrenanstalt zuziehen.

Frage XXI. „Wie lange ist die regelmässige Dauer der psychiatrischen Untersuchungen durch gerichtsärztliche Sachverständige? Welches sind die Ursachen der hierbei zu Tage tretenden Verlangsamung solcher Untersuchungen? Wie sind diese Mängel zu beseitigen?"

Frage XXII. „Welche Mittel stehen dem psychiatrischen Sachverständigen zur Feststellung der Anamnese im Strafverfahren zur Verfügung? Soll die Vernehmung der Auskunftspersonen dem Psychiater ausschliesslich überlassen bleiben und ist hierbei der Psychiater an die gesetzlichen Beschränkungen der Strafprozessordnung bei Vernehmung des Beschuldigten und seiner nahen Verwandten gebunden? Wird die in der Strafprozessordnung verordnete Zuziehung des Vertheidigers geübt?"

Die Beantwortung dieser beiden Fragen steht ausschliesslich den Gerichtspsychiatern zu, welche bezüglich der Voraussetzungen und des Vorganges der psychiatrischen Untersuchungen wohl am besten informirt sind.

Frage XXIII. „Empfiehlt sich zur Herbeiführung einer sachgemässen Beobachtung des zu untersuchenden Beschuldigten die lediglich zu Beobachtungszwecken erfolgende Uebergabe desselben an eine psychiatrische Klinik oder Anstalt, und ist diesbezüglich bei dem jetzigen Stande der Gesetzgebung eine Handhabe hiefür bereits gegeben?"

Bei der Beantwortung dieser Frage mag sich eine Divergenz der Anschauungen dahin geltend machen, dass manche Psychiater die Uebergabe des zu untersuchenden Beschuldigten an eine psychiatrische Klinik oder Irrenanstalt für empfehlenswerth halten, andere nicht. Es wurde auch im Anschlusse an den Vortrag des Professor Wagner auf einen ähnlichen Vorgang in Deutschland hingewiesen, wo es gestattet ist, einen Beschuldigten zur Prüfung seines Geisteszustandes bis zu sechs Wochen in der Irrenanstalt festzuhalten. Ich muss gestehen, dass ich mich für diesen Modus nicht erwärmen kann. Wenn auch die Untersuchung an der psychiatrischen Klinik, sofern diese zugleich Beobachtungsstation ist, ohne Nachtheil wird vorgenommen werden können, so stehen doch einer solchen in der Irrenanstalt sehr wichtige Be-

denken entgegen. Vorerst das Statut, nach welchem die Aufnahme von nur constatirt Geisteskranken zulässig ist. Aber man könnte ja das Statut ändern. Es frägt sich nur, ob dies zweckentsprechend wäre. Ich sage, nein. Es ist auf keinen Fall empfehlenswerth, geistesgesunde oder zweifelhafte Elemente mit notorisch Geisteskranken in der Irrenanstalt zu vermischen und dadurch die Gefahr einer unbeabsichtigten oder beabsichtigten Aneignung von Krankheitssymptomen heraufzubeschwören. Wir wissen ja zur Genüge, dass gerade die Irrenanstalt einen sehr guten Nährboden für Simulanten abgibt. Es sprechen aber auch andere Gründe dagegen. Der richtige Ausweg wäre die Errichtung einer besonderen Beobachtungsabtheilung in einem Adnexe für geisteskranke Verbrecher an die Strafanstalt.

Frage XXIV. „Bei welchen Delikten und Deliktsformen ist eine obligatorische Untersuchung des Geisteszustandes des Beschuldigten zu empfehlen? Bei welchen Krankheitsformen ist eine solche obligatorische Untersuchung gleichfalls in jedem Falle zu empfehlen?"

Der erste Theil der Frage ist nicht zu beantworten, weil alle Arten von Delikten und Deliktsformen ebenso von Geistesgesunden, wie von Geisteskranken verübt werden. Hinsichtlich des zweiten Theiles der Frage wird es sich empfehlen, in allen sowohl manifesten als auch zweifelhaften Fällen den Geisteszustand zu untersuchen, und namentlich auf die Delikte der Epileptiker, der schweren Alkoholiker, der sexuell Perversen und der senilen Personen sein besonderes Augenmerk zu richten.

Aus der Geschichte der Epilepsie.

Von Privatdozent Dr. med. et phil. *Weygandt* in Würzburg.

Es ist fraglos, dass kaum eine medicinische Disciplin den Uebergriffen von Seiten der Laien derart ausgesetzt ist, wie die Psychiatrie. Von den verschiedensten Seiten her, von Juristen, Theologen u. s. w. werden alltäglich psychiatrische Dinge beurtheilt, als ob der sogenannte gesunde Menschenverstand in diesen Fragen dieselbe Competenz verleihe, wie wir sie erst durch langjähriges Specialstudium zu erringen suchen. Vor kurzem traf ich z. B. in der Vorbereitung eines Gutachtens beim Actenstudium die Aeusserung eines Anwalts, der die Wahrnehmung eines als Zeugen vorgeladenen Geistlichen ganz besonders bewerthet wissen wollte, da dem Pfarrer „doch gewisse psychologische und psychiatrische Kenntnisse nicht abgesprochen werden können."

Besonders aber die Behandlung der Geisteskranken liegt immer noch zu einem guten Theil in Laienhänden, so dass mit Recht noch von einer Pastoralpsychiatrie gesprochen werden kann. Ein wichtiger Zweig der Psychiatrie, die Idiotenforschung, leidet besonders unter diesen Verhältnissen. Von den 75—80 Idiotenanstalten Deutschlands stehen mindestens ein Drittel, und darunter grade die grössten und besuchtesten, unter der Herrschaft confessioneller Gesellschaften und unter der Direction von Geistlichen. Zu den Auswüchsen dieser Pastoralpsychiatrie gehören weiterhin die Epileptikeranstalten unter geistlicher Leitung, die von psychisch Abnormen vielfach frequentirten Gebetsheilanstalten u. m. a.

In der Regel suchen sich die Irrenärzte beim Hinblick auf jene Missstände durch die Ausrede zu trösten, es sei in der kurzen Entwicklungszeit der Psychopathologie und des modernen Anstaltswesens begründet, dass das Laienelement sich derart vordränge, dem ja grosse Verdienste um die Beschaffung von Mitteln zur Irrenfürsorge nicht abgesprochen werden dürfen. Dem gegenüber lohnt es sich gerade in unserer, historischen Betrachtungen abholden Zeit, doch ab und zu wieder einmal einen Blick auf die Geschichte unseres Fachs zu werfen.

Vor mir liegt das Buch des Hippokrates über die *ἱερὰ νόσος*, das im 2. Band der Uebersetzung von Robert Fuchs*) seit den letzten Jahren bequem zugänglich ist.

Es ist allgemein bekannt, wie genau die Alten mit den Symptomen der Epilepsie vertraut waren. Hippokrates beschreibt treffend die Anfälle mit der Aura, dem Hinstürzen, oft unter einem Schrei, der Bewusstlosigkeit und den Erstickungsanfällen, mit den Zuckungen aller Art, Augenverzerren, Zähneaufeinanderbeissen, Händezusammenkrampfen, Umeinanderschlagen mit den Füssen, nicht selten unter Urin- und Kothabgang. Die Migräneanfälle waren dem grossen

*) Hippokrates sämmtliche Werke, 2. Band. München, Verlag von Lüneburg 1897.

NB. Die Autorschaft des H. selbst wurde von einer Seite bestritten, die Zugehörigkeit zur koïschen Schule des H. ist jedoch durchaus zugestanden.

Arzt bekannt, ebenso die psychischen Aequivalente der Epilepsie, ängstliche Visionen, nächtliche Schreckbilder, Entsetzen, Aufspringen vom Lager, Flucht in das Freie. Halbseitige Reizerscheinungen wurden beobachtet, plötzliche Todesfälle im Anfall kamen vor. Die Kinderepilepsie wird besprochen, mögen dabei auch Fälle von hysterischen Krämpfen mit untergelaufen sein; Schreckepilepsie wird erwähnt. Auch die Heredität wird berücksichtigt. Als prognostische Regel wird betont, dass bei längerer Dauer keine Aussicht auf Heilung besteht; die Anfälle werden allmählich häufiger und treten rascher ein. Aehnlich treffend ist die Symptomatologie bei Aretäus von Kappadocien im 1. Buch über Ursachen und Zeichen der acuten Krankheiten geschildert*).

Hinsichtlich der Beurtheilung der Krankheit betont Hippokrates, Entstehung und Veranlassung seien in derselben Richtung zu suchen, wie bei den übrigen Krankheiten, die Frage der Heilbarkeit verhalte sich ebenso. Freilich konnte er in Bezug auf die Pathologie des Leidens keinen anderen Standpunkt einnehmen, als den seiner Zeit, der ja zum guten Theil von ihm selbst präzisirt worden war, also den der Humoralpathologie. Klar spricht er zunächst aus, Schuld an der Krankheit sei das Gehirn. Die symmetrische Anlage des Hirns bringt er mit dem halbseitigen Kopfweh in Zusammenhang. Er nimmt nun ferner an, dass Leute von schleimiger Constitution, nicht solche von galliger, an Epilepsie erkranken. Der alten Lehre entsprechend wird weiterhin eine Versorgung des Hirns durch zwei Aderzüge angenommen, die von Leber und Milz zum Hirn gehen und das Pneuma befördern sollen. Die Anfälle wurden hervorgerufen durch das Eindringen des kalten Schleims in das warme Blut, das dadurch stillstehe. Vor allem bei Südwind kämen Anfälle vor.

Geradezu actuell muthen uns nun die Ausführungen an, in denen sich Hippokrates gegen die unwissenschaftliche Auffassung der Epilepsie und gegen die Aftertherapie jener Zeit richtet. Er betont nachdrücklich, dass die Fallsucht, der Morbus sacer, in keiner Beziehung einen mehr göttlichen Ursprung habe, als die übrigen Krankheiten, auch nicht heiliger sei. Infolge ihrer Unerfahrenheit haben die Menschen geglaubt, die Beschaffenheit und Veranlassung der Epilepsie seien etwas Göttliches, indess, wenn sie wegen des Wunderbaren für etwas Göttliches gehalten werden sollte, so werde es viele heilige Krankheiten geben und nicht eine einzige.

Lebhaft polemisirt er gegen das Laienelement in der Behandlung. „Mir will es scheinen", drückt er sich aus, „als wenn diejenigen Leute, welche diese Krankheit zuerst für eine heilige ausgaben, solche gewesen wären, wie auch heutigen Tages die Magier, Sühnepriester, Marktschreier und Aufschneider sind, welche so thun, als wenn sie sehr gottesfürchtig wären und mehr wüssten. Diese also haben als Deckmantel und Vorwand für ihre Hilflosigkeit den göttlichen Ursprung angegeben, dafür, dass sie nichts hatten, durch dessen Anwendung sie Hilfe bringen konnten, und so sind sie, um nicht offenkundig werden zu lassen, dass sie nichts verstehen, zu dem Glauben gekommen, dieses Leiden sei ein göttliches, und indem sie geeignete Gründe dazu aussuchten, haben sie die Behandlung desselben zu einer für sie gesicherten gemacht, indem sie Sühneopfer darbrachten, Beschwörungsformeln sprachen und befahlen, sich der Bäder und vielerlei Speisen zu enthalten, deren Genuss für kranke Menschen unzuträglich ist." Unter den verbotenen Speisen finden sich einige, wie Hirsch- und Schweinefleisch, scharfe Gemüse wie Zwiebel, Knoblauch, Minze, die man auch heute bei Epileptikerdiät verbieten würde. Dann geisselt Hippokrates mit Recht Rathschläge wie die, man solle nicht auf einem Ziegenfell liegen, dürfe nicht die Füsse oder die Hände übereinanderschlagen, dürfe keine schwarze Kleidung tragen, denn das seien Hindernisse für die Beschwörung. Es wird vom Uebersetzer auf den Homöopathen v. Bönninghausen verwiesen, der hierzu bemerkte: „Die schnelle Beschwichtigung der Fallsuchtanfälle durch Bedeckung des Gesichts mit einem schwarzseidenen Tuche, die in neuerer Zeit entdeckt und vielfach erprobt ist, erinnert an das alte Verbot für Fallsüchtige, schwarze Kleidung zu tragen."

Hippokrates fährt hinsichtlich jener Recepte der Kurpfuscher fort: „Dieses alles aber setzen sie nur um des Göttlichen willen hinzu, um den Anschein zu erwecken, als wenn sie mehr wüssten, und andere Vorwände anführend, damit, wenn der Betreffende gesund wird, das ihrem Ruhme diente und ihrer Geschicklichkeit zugeschrieben wurde." Schliesslich schildert Hippokrates lebhaft, wie nach der Lehre dieser Sühnepriester die einzelnen Gottheiten betheiligt sind, je nachdem der Kranke dies oder jenes Symptom äussert: Poseidon beim Schrei, Hermes Enodios beim Kothabgang, Ares beim Schäumen und Umsichschlagen, Hekate bei den Delirien und nächtlichen Attacken. —

Wie wenig unzeitgemäss diese polemischen Erörterungen des grossen Mediciners heute, nach mehr als 23 Jahrhunderten geworden sind, ergiebt sich am

*) Medicorum graecorum opera quae exstant. Editio Kühn. Fol. XXIV. Leipzig 1828, S. 1 f.

besten, wenn wir eine Schrift aus unserer Zeit daneben halten, die in manchen Punkten jenen Anschauungen entspricht, die Hippokrates bekämpfte.

Der „Christliche Rathgeber für Epileptische" von Pastor v. Bodelschwingh schwankt in der Auffassung der Epilepsie als Krankheit und als Besessenheit. Durch die Krankheitsschilderungen im neuen Testament, die der jetzigen Fallsucht entsprechen, sei noch keineswegs gesagt, dass wir in jedem Fall von Fallsucht dämonische Einwirkungen oder Besessenheit zu erkennen haben. Also manche Fälle mit dämonischer Einwirkung giebt's demnach doch? Es sei wahr, fährt das Heft fort, „dass auch heutzutage Fälle von Epilepsie vorkommen, bei welchen man sich des Eindrucks dämonischer Einwirkungen kaum erwehren kann." Als weiteres Argument wird angeführt, dass manche Kranke den Eindruck haben und es geradezu aussprachen, dass es ihnen zu Muthe sei, als ob sie von einer feindlichen Macht plötzlich ergriffen und hingerissen würden. Doch wird betont, dass in den Tagen Christi dämonische Erscheinungen häufiger waren, wir aber kein Recht hätten, in allen Fällen die Epilepsie auf eine directe Einwirkung des Satans zurückzuführen. Dass es solche dämonische Antastungen des Leibes gebe, stehe freilich ebenso gewiss fest, als es feststeht, dass es dämonische Anfechtungen der Seele gebe. „Die letzteren sind viel häufiger und gefährlicher als die ersteren, und man kann auch wohl sagen, dass viel häufiger eine persönliche Verschuldung vorliegt, wenn die Seele von solchen Anfechtungen überwältigt wird, als wenn dies dem armen Leib geschieht, der sich gegen dieselbe gar nicht wehren kann."

Man habe kein Recht zu schliessen, dass Epileptische oder ihre Vorfahren in besonderer Weise vor anderen Menschen einer Sünde gefröhnt hätten, — indess „ein Christ weiss, dass alle Krankheit eine Folge der Sünde ist . . . ."

Falsch ist die Angabe, dass die fallende Krankheit in bei weitem den meisten Fällen durch einen plötzlichen Stoss auf das Nervensystem hervorgerufen sei, an dem der Betroffene zunächst keine Schuld hat; „meistentheils ist es ein Schrecken, also zunächst eine Erschütterung der Seele, welche dann auf den Leib übertragen wird, in welchem die Erschütterungen als Krämpfe nachzittern." Psychische Einflüsse lösen vielmehr selten epileptische Störungen aus, manche Autoren leugnen sie vollständig.

Vor Geheimmitteln wird zwar gewarnt, gleichzeitig aber werden „Familienmittel" erwähnt, „welche im Besitz bestimmter, sehr angesehener und wohlthätiger Familien sind" und laut Familienchroniken „eine nicht unbedeutende Zahl dauernder Heilungen" bewirkt haben sollen. Der Gebrauch solcher Mittel sei, wenn sie nicht offenbar schädliche Bestandtheile enthalten, gern erlaubt. Als eins dieser Familienmittel, die angeblich keine Geheimmittel und nicht mit Aberglauben verbunden sind, wird Eselsblut, ferner auch Elsternasche erwähnt! Dass Brompräparate von Bethel in Massen versandt werden, ist bekannt. Bis 1888 waren es nicht weniger als 48000 Epileptiker, die sich dorthin um Rath gewandt hatten. „Wie lange es Gott gefallen wird", sagt das Heft hinsichtlich der Bromsalze, „gerade auf diese Mittel einen Segen zu legen, wissen wir nicht. Es kann sein, dass sie über ein kleines ganz verworfen werden und statt dessen wiederum andere aufkommen." Von der eminent wichtigen Alkoholenthaltung ist nicht die Rede.

Es kann jedem Leser getrost überlassen bleiben, die Parallelen zwischen dieser Schrift unserer Tage und jenen Missständen, die Hippokrates bekämpft, selbst zu ziehen.

Die wesentlichste Hoffnung, dass wir jemals aus dieser misslichen Vermengung der Irrenheilkunde mit der Laienbehandlung herauskommen, ruht auf der Einführung eines durchgreifenden Reichsirrengesetzes, das z. B. in Preussen die bisher zum guten Theil nur auf dem Papier stehenden Bestimmungen des Gesetzes vom 11. VII. 1891 auch ausnahmslos durchsetzt, dass Provinzial- und Stadtverbände die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren haben. Es entspricht dem Wesen des modernen Staats, für seine auf Grund geistiger Abnormität dauernd oder zeitweise nicht geschäftsfähigen Glieder selbst die Fürsorge in die Hand zu nehmen. Ueber all die zahlreichen Anstalten für Geisteskranke, Idioten, Epileptische, die heutzutage noch geistlicher und anderer nichtärztlicher Leitung unterstellt sind, muss die Säkularisation hereinbrechen. Selbst in unseren Tagen besteht noch die Gefahr, dass in Landestheilen mit überfüllten Irrenanstalten sich unternehmende Geistliche zur Uebernahme von Kranken, insbesondere Epileptischen erbieten und dass ihnen aus finanziellen Gründen nachgegeben wird. Die erhoffte Erleichterung für das Irrenwesen des betreffenden Landes ist nur scheinbar und rasch vorübergehend, dauernd aber wird ein beträchtlicher Schaden für die Organisation eines ungemein wichtigen Zweiges staatlicher Fürsorge.

Bei den Idiotenanstalten könnte noch ein Schein von Berechtigung gefunden werden für ihre Unterstellung unter pädagogische Leitung, wie man sie in Deutschland, im Gegensatz zu den französischen Idio-

tenanstalten, gewöhnlich antrifft. Aber auch auf diesem Gebiet ist ärztliche Leitung und Eingliederung der Idiotenanstalt in das ganze System der staatlichen Einrichtungen für geistig Abnorme weitaus vorzuziehen, wie ich an anderer Stelle*) mehrfach betont und mit weiteren Gründen belegt habe. Vor allem die bisher allzu üppig gedeihende Privatinitiative in Bezug auf die Errichtung von Idiotenanstalten ist abzustellen.

*) Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Würzburg 1900, S. 86 und 90.

· Ueber die Leitung der Idiotenanstalten, in einem der nächsten Hefte der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.

Neben den gut 30 % solcher Anstalten unter geistlicher Leitung befinden sich noch etwa 40 % der deutschen Idiotenanstalten in Händen von Privatunternehmern.

(Dass auch eine Erweiterung des § 174 Abs. 3 D. Str. G. B. auf Privatanstalten am Platz ist, wurde anderweitig mehrfach hervorgehoben.)

Erst wenn jedem geistig Abnormen die Unterkunft in einer öffentlichen Anstalt als sein Recht, nicht als ein Gnadengeschenk dargeboten wird, brauchen wir uns beim Vergleich mit den erwähnten Verhältnissen zur Zeit des Hippokrates nicht mehr zu schämen und dann erst nimmt das Irrenwesen den ihm gebührenden Platz im modernen Staat ein.

Internationaler Aufruf an die Irren- und Nervenärzte.

In der Zeit vom 14. bis 19. April d. Js. tagt in Bremen der **IX. Internationale Congress gegen den Alkoholismus**, der erste derartige Congress auf dem Boden des deutschen Reichs. Es handelt sich um eine Vereinigung von Vertretern aller Culturstaaten, Stände und Berufe zur Bekämpfung der gesundheitlichen und socialen Schäden, welche der Alkohol erzeugt. Jeder Irren- und Nervenarzt, dem es genügend deutlich vorschwebt, welch' grosser Procentsatz von Gehirn- und Nervenkranken der Unheilbarkeit verfallen ist, bei wie wenigen Krankheiten des Nervensystems die Ursache bekannt und zugleich greifbar, die Verhütung möglich ist, wird es freudig begrüssen, dass sich gegen den gefährlichsten und offenkundigsten Feind der geistigen Gesundheit, den Alkohol, ein neuer Feldzug vorbereitet. Möge auch Jeder, der irgendwie abkömmlich ist, durch sein persönliches Erscheinen bei dem Congress und seine Betheiligung an den Diskussionen zeigen helfen, dass wir in der Erfassung und Würdigung der Prophylaxe der Geistes- und Nervenkrankheiten nicht nur nicht hinter Anderen zurückstehen, sondern an erster Stelle marschiren. Für diejenigen Collegen, welche der Antialkoholbewegung bisher noch nicht activ und persönlich näher getreten sind, bietet sich in Bremen eine vorzügliche Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, welchen grossartigen Umfang diese Bewegung bei den Culturvölkern angenommen hat und wie der Kampf gegen den Alkoholismus eine kulturnothwendige und kulturfortschrittliche Erscheinung von der allergrössten Bedeutung darstellt.

Prof. Dr. G. Anton-Graz. Prof. Dr. G. Aschaffenburg-Halle a. S. Prof. Bleuler-Zürich. Dr. Bresler-Kraschnitz. A. Cramer-Göttingen. Dr. Delbrück-Bremen. Prof. Dr. Edinger-Frankfurt a. M. Prof. Dr. Erb-Heidelberg. Dr. A. Forel-Chigny bei Morgues. Dr. Ganser-Dresden. E. Kraepelin-Heidelberg. Dr. Möbius-Leipzig. Prof. Moeli-Berlin. Dr. Paetz-Alt-Scherbitz. Pick-Prag. Prof. Oppenheim-Berlin. Dr. Schlöss-Kierling-Gugging. Prof. Dr. Sommer-Giessen.

Italienische Irrenanstalten.

Anstalt S. Lazaro in Reggio-Emilia.

(Siehe beiliegende Tafel.)

Etwa 1 km von Reggio entfernt, liegt an der von Alters bekannten Via Aemilia eine der sehenswerthesten Irrenanstalten Italiens. Der Italien bereisende Psychiater, welcher die Strecke Mailand-Bologna wählte, hat wenig Umstände, in Reggio auf einige Stunden auszusteigen und die Anstalt in Augenschein zu nehmen. Die grosse Gastfreundschaft der Collegen trägt dazu bei, den Besuch der Anstalt nicht nur zu einem lehrreichen, sondern auch zu einem sehr angenehmen zu machen.

Als Leprahaus hat das Hospital des S. Lazarus schon im XII. Jahrhundert bestanden. Im XVI. diente es auch zur Bewahrung von Siechen, Gelähmten, Taubstummen und Epileptikern und seit 1536 wurden Geisteskranke aufgenommen, seit 1754 ausschliesslich solche. 1816 erfolgte eine neue Organisation unter Galloni: ärztliche Direktion, Aufnahmenormen etc.: auch was in baulicher Beziehung damals geleistet wurde, hat noch für die heutigen Verhältnisse in der Anstalt S. Lazaro dauernden Werth. Einen bedeutenden Aufschwung nahm die Anstalt unter Livi (1873 bis 1877), besonders in wissenschaftlicher Beziehung;

Livi begründete auch eine psychiatrische Zeitschrift, die „Revista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle alienazioni mentali"; für die Studirenden der Universität Modena wird seitdem die psychiatrische Klinik in der Anstalt S. Lazarus abgehalten; Laboratorien und Sammlungen wurden angelegt. Gegenwärtig besitzt die Anstalt ein bakteriologisches, histologisches (Dr. Ceni), chemisches und psychologisches (Dr. Guicciardi und Dr. Ferrari) Laboratorium, eine Schädelsammlung von über 1200 Exemplaren, ein diagnostisches und ein elektrotherapeutisches Zimmer, Räume für Massage, Gymnastik und Hydrotherapie; eine stattliche Bibliothek, ein Zimmer für Photographie und Mikrophotographie. Untersuchungen an Thieren werden auch häufig gemacht; der Bedarf an Thieren wird aus einem besonderen hierfür angelegten Stall gedeckt. Die wissenschaftlichen Arbeiten werden in oben genannter Zeitschrift, die von Tamburini und Ferrari herausgegeben wird, veröffentlicht und jahrweise in den „Memorie dell' Istituto psichiatrico di Reggio" gesammelt. Dass ein reges wissenschaftliches Leben in der Anstalt Reggio herrscht, ist bekannt.

Die maschinellen und wirthschaftlichen Einrichtungen sind ganz modern: elektrische Beleuchtung, Dampfwaschanstalt, Dampfmühle, Bäckerei, Schlächterei. Die Wasserleitung von Reggio, sowie die eigenen artesischen Brunnen liefern zusammen täglich 150 cbm Wasser.

An Werkstätten aller Art ist kein Mangel; selbst Spinnerei und Weberei sind vorhanden; die von den weiblichen Kranken gefertigten Gewebe verdienen alle Anerkennung. — Eine landwirthschaftliche Colonie ist ebenfalls vorhanden. Für jugendliche Kranke ist eine Schule eingerichtet; ausserdem wird auch an Erwachsene regelmässig Unterricht ertheilt; namentlich wird der Zeichenunterricht sehr gepflegt. Der Elementarunterricht wird auch im Interesse des Pflegepersonales abgehalten und nehmen Mitglieder des letzteren turnusweise daran Theil.

Die Anstalt hat drei Verpflegungsklassen. — Bei der Beköstigung ist bemerkenswerth, dass auch jeder Kranke der dritten Klasse zum Mittag- und Abendessen Wein erhält. — Die Zahl der Beschäftigten beträgt etwa 50%; es besteht facultative Auszahlung von Arbeitslohn. — Bei der Behandlung wird von Bettliegen und prolongirten Bädern ausgiebig Gebrauch gemacht. Zwangsjacke und Isolirung findet nur ausnahmsweise Anwendung. — Bei Entlassung Ungeheilter wird eventuell von den Angehörigen ein Revers eingefordert. — Es besteht ein Verein für entlassene arme Geisteskranke mit dem Sitze in Reggio und mit einem Vermögen von über 30000 L. Letzteres ergänzt sich durch Beiträge von Vereinen und Communen, aus dem Ertrag von Lotterien und Wohlthätigkeitsvorstellungen, die in der Anstalt stattfinden, ferner aus dem Erlös für Eintrittskarten in die letzteren. Wer nämlich die Anstalt besichtigen will, hat beim Portier für 1 L. eine Eintrittskarte zu kaufen und wird erst dann herumgeführt. — Bei Pflegerfamilien und bei pensionirten Pflegern, auch Pflegerinnen, im Nachbardorfe sind Kranke untergebracht; eine weitere Ausdehnung der Familienpflege wird angestrebt. — Ca. 100 ruhige chronische Kranke sind der Congregazione di Carità di S. Giovanni in Persiceto überwiesen; sie werden von Zeit zu Zeit von den Aerzten der Anstalt in Reggio besucht. — Ein Asyl für chronisch Kranke will die Prov.-Verwaltung noch errichten. — Auf die Initiative Prof. Tamburini's wurde 1898 im S. Giovanni in Persiceto auch ein medicinisch-pädagogisches Institut für schwachsinnige Kinder errichtet. Es steht unter der Oberaufsicht Tamburini's.

An der Anstalt in Reggio wirken unter dem Director, der zugleich Arzt ist (gegenwärtig Prof. Dr. Tamburini), 3 Primarärzte, deren jedem eine der drei Abtheilungen der Anstalt verantwortlich zugewiesen und ein Assistenzarzt beigegeben ist. Ausserdem giebt es an der Anstalt noch Practikanten, d. h. Aerzte, die sich in das Studium der Psychiatrie etwas weiter einführen lassen wollen. Auch ein Prosector und ein Pharmaceut ist angestellt.

Das Oberpflegepersonal legt täglich seinen Rapport vor.

Das Verhältniss der männlichen Pflegepersonen zu den männlichen Kranken ist 1 : 7 (106), das der weiblichen zu ihren Kranken 1 : 10 (40). Von den Pflegern werden nur 80 zum eigentlichen Krankendienst verwendet, 20 zu Werkstätten, Landwirthschaft etc. Ausserdem sind viele Personen für Tagelohn in der Anstalt beschäftigt.

Beim Pflegepersonal sind Prämien eingeführt; es besteht eine gemeinsame Unterstützungskasse (ca. 40000 L.), ausserdem Anschluss an die Arbeiter-Invaliditätsversicherung. Mit dem Personal, das sich aus der landwirthschafttreibenden Bevölkerung der Umgegend rekrutiert, ist man zufrieden.

Krankenbestand: 1. Januar 1900: 961 (586 männl., 375 weibl.). Zugang in den letzten Jahren ca. 400 pro Jahr, Abgang ca. 250, Sterbefälle ca. 130. Bilanz ca. 850000 Lire.

Mittheilungen.

— **Die erste Provinzialanstalt für Nervenkranke.** In der Sitzung des hannoverschen Provinziallandtages vom 24. Febr. d. J. wurde Beschluss gefasst über den Antrag des Provinzialausschusses, betreffend den Ankauf der „Rasemühle"*) bei Göttingen behufs Einrichtung einer Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

*) Anm. d. Red.: 5 Kilometer von Göttingen idyllisch gelegen, bisher beliebter Ausflugsort der Einwohner der Stadt.

Der Antrag lautete:

1. Die Rasemühle bei Göttingen mit allen dazu gehörigen Grundstücken in Grösse von 28,8751 Hektar Gebäuden und Gerechtigkeiten zu einem Preise von 290000 M. anzukaufen, daselbst eine Nervenheilanstalt für minder bemittelte Nervenkranke unter Aufwendung eines Kostenbetrages von 99200 M. einzurichten und behufs Versorgung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen mit Wasser der

Rasequellen eine Wasserleitung von diesen Quellen zur Anstalt unter Aufwendung eines Kostenbetrages von 60800 M. anzulegen; 2. zur Bestreitung der entstehenden Kosten eine Anleihe im Betrage von 450000 M. aufzunehmen. Dieselbe soll mit 3 Proc., höchstens mit $3^1/_2$ Proc. verzinst und bei 3procentiger Verzinsung mit $1^1/_2$ Proc., bei höherer Verzinsung aber mit einem so viel niedrigeren Procentsatze getilgt werden, dass an Zinsen und Tilgungsraten nicht mehr als $4^1/_2$ Proc. zu zahlen ist; 3. für den Betrieb der Nervenheilanstalt für das Halbjahr 1. October 1903 bis 31. März 1904 den in der Anlage III der Erläuterungen des Landesdirectoriums enthaltenen Haushaltsplan zu genehmigen.

Landesdirector Lichtenberg führte hierzu aus, dass seit Bestehen der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen dort stets Wasser-Kalamität gewesen sei. Die Gewinnung des einwandfreien Wassers der Rasequellen auf den Grundstücken der Rasemühle sei deshalb schon lange in Erwägung gezogen worden. Zur endgültigen Beseitigung der Kalamität sei die Erwerbung der Rasequellen erforderlich. Diese sei aber nur möglich, wenn zugleich der ganze, zur Rasemühle gehörige Besitz angekauft wird. Der Besitzer fordere dafür 310000 M. Aus den Quellen solle das zur Versorgung der Anstalt erforderliche Wasser entnommen und in den Gebäuden der Rasemühle eine Nervenheilanstalt eingerichtet werden. Die Gebäude seien dazu sehr gut geeignet. Die zur Herrichtung einer solchen Anstalt erforderlichen baulichen Einrichtungen würden mit einem Kostenaufwande von 40000 M. zu beschaffen sein. Es würden dann 75 Patienten, und zwar 15 der oberen Klasse und 60 der unteren Klasse, angemessen untergebracht werden können. Die Kosten für die sonstigen Anschaffungen beliefen sich auf rund 53000 M. Die Wassermengen der Rasequellen seien so beträchtlich, dass die Provinz in der Lage sein werde, nicht nur den Wasserbedarf der Anstalt zu decken, sondern auch von dem werthvollen Rasewasser an andere abzugeben.

Nach diesem Referat begründete Prof. Dr. Cramer-Göttingen eingehend die Nothwendigkeit der Errichtung der Nervenheilanstalt vom ärztlichen Standpuncte mit ungefähr folgenden Ausführungen:

Man hat versucht, das verflossene Jahrhundert als das nervöse zu bezeichnen; wenn auch mit einer derartigen Bezeichnung entschieden zu weit gegangen ist, so lässt sich doch nicht leugnen, dass die Nervosität im allgemeinen immer mehr um sich greift und allmählich zu einer socialen Gefahr sich entwickelt. Denn gerade die Kopfarbeiter unterliegen je nach ihrer individuellen Disposition und unter dem Einfluss zufälliger Schädlichkeiten, welche auf sie einwirken, früher oder später der Ueberanstrengung und versagen an ihrer Leistungsfähigkeit; sie zeigen alsdann die verschiedenartigsten Erscheinungen der nervösen Erschöpfung. Dazu kommt das grosse, täglich sich mehrende Heer von Unfallkranken aus den verschiedenartigsten industriellen Betrieben. Es drängt sich jedem Nerven- und Irrenarzt täglich die Erfahrung in immer neuen Gestalten entgegen, dass es schwer ist oder meistens ganz unmöglich, diesen Kranken die Pflege und Behandlung angedeihen zu lassen, welcher sie bedürfen. Nur ein ganz geringer Theil, und zwar diejenigen, welche der besitzenden Klasse angehören, sind in der Lage, eine geeignete Anstalt oder ein Sanatorium aufsuchen zu können, und doch ist erste Bedingung für eine geeignete Behandlung dieser Zustände Entfernung aus der gewohnten Umgebung, vollständige Ausspannung bei geeigneter, individuell angefasster Behandlung. — Ein Unterkommen in einem modernen, auf der Höhe der Zeit stehenden und sachgemäss geleiteten Sanatorium zu finden, ist heute unmöglich, wenn man nicht 6—10 M. in den Sanatorien von geringem Rufe, 12—20 M. und mehr in den Sanatorien von gutem Rufe, unvermeidliche Nebenausgaben noch nicht mitgerechnet, pro Tag zahlen will. — Es ist unsere feste Ueberzeugung, dass in nicht zu ferner Zukunft die meisten Communen und Provinzen vorgehen müssen, um diesem Uebelstande abzuhelfen. Es muss Gelegenheit geschaffen werden, auch den nicht Bemittelten einen Aufenthalt in einem zweckmässig eingerichteten und geleiteten Sanatorium zu ermöglichen. Auf diese Weise wird in nicht wenigen Fällen dem vorgebeugt werden, dass die unterstützungsverpflichteten Gemeinwesen dauernd arbeitsunfähige und chronische Geisteskranke zur dauernden Fürsorge erhalten. Es handelt sich also nicht nur um eine wohlthätige Einrichtung an sich, sondern um eine Vorbeugungsmaassregel im wahrsten Sinne des Wortes, wenn öffentliche Nervenanstalten geschaffen werden. Die Provinz Hannover wird, wenn sie sich entschliesst, die Rasemühle zu dem mehrfach gedachten Zwecke anzukaufen, auf diesem Gebiete der Wohlfahrtsbestrebungen an die Spitze von ganz Deutschland treten und, wie sie früher mit der Einrichtung der Ackerbaukolonie in Einum und der Einrichtung der freien Behandlung in Göttingen in der Irrenpflege ganz Deutschland die Wege wies, auch auf diesem neuesten Felde der socialen Fürsorge die führende Stellung einnehmen. Wie die verschiedenen, von uns beigelegten Etats beweisen, würde der Ankauf der Rasemühle den Betrieb einer derartigen Nervenheilanstalt ohne grosse dauernde und regelmässige financielle Ausgaben ermöglichen lassen. Da die Anstalt nur dem Mittelstand und den Unbemittelten zur Heilung und Pflege dienen soll, kommt bei den Verpflegungssätzen eine 1. Klasse in Wegfall. Die höchste Klasse der Rasemühle wird zu einem Satze von 3 M., die 2. Klasse zu einem Verpflegssatze von 2 M. in Anschlag zu bringen sein.

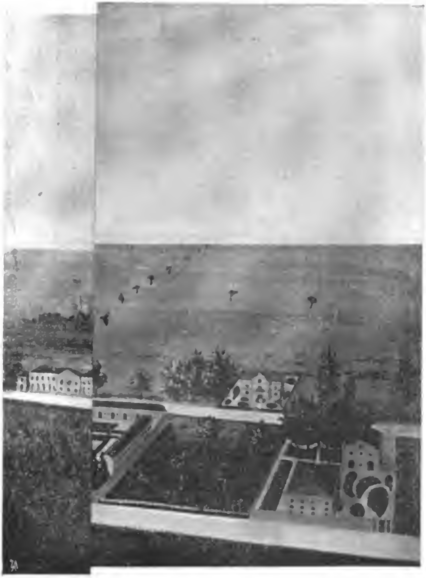
Nach kurzer Debatte, in welcher u. A. behauptet wurde, dass die Errichtung von Nervenheilstätten nicht zu den Aufgaben der Provinzialverwaltung gehöre, erfolgte Ueberweisung des Antrags an eine Commission von 12 Mitgliedern. —

Wir beglückwünschen die hannoversche Prov.-Verwaltung (Herrn Landesdirector Dr. Lichtenberg ebenso wie Herrn Prof. Dr. Cramer, den intellektuellen Urheber jenes Antrags) auf's Freudigste zu dieser zeitgemässen Initiative.

Der Antrag des Provinzialausschusses wurde in der Plenarsitzung vom 27. Febr. mit grosser Majorität **angenommen**. Die Anstalt wird bereits am 1. Okt. d. J. eröffnet.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

ge zur „Psychiatrisch - Neurologischen Wochenschrift“
IV. Jahrgang, Heft 49.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.



Haus Es | Werk-stätten | Villa für Herren | Villa Chiarugi



chen
nde.

er,

Morel,

Charcot.



003.

Pflege-
nd das
ns das
gange
und es
keiner
Pfleger
sie für
e auch
t sind.
Irren-
ie Be-
borene
genden
npflege
Holland
Jugend
t, zum

Rase
zur A
von
entste
4500
höch
Verzi
aber
werde
als 4
Nerv
bis 3
läuter
haltsp
L
dass
ingen
Gewi
quelle
desha
Zur
Erwe
aber
mühle
forde
das z
entno
eine
bäud
richtu
Einri
4000
Patie
unter
könn
belie
der
vinz
beda
werth
N
Götti
ung
mit u
M
das
artige
so lä
im a
mähl
Den
ihrer
zufäll
frühe
an i
versc
schö
mehr
dena
jeder
in im
ist o







Museum ehemals in Gebrauch gewesener Zwangswerkzeuge.



Haus Esquirol — Elementarschule.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 50. 14. März. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend in Stärke von 1—2 Bogen und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Familienverpflegung der Irren in Holland.

Mitgetheilt von *Walter Berger*.

Die Familienverpflegung der Geisteskranken, di. nach dem einstimmigen Urtheile der holländischen Autoren als integrirender Theil der Irrenpflege und als ein therapeutisches Agens betrachtet werden muss, steht in Holland in engem Zusammenhange mit Irrenanstalten; sie geht von der Anstalt aus und liegt in den Händen des dirigirenden Arztes und der übrigen Aerzte der Anstalt. In der Regel werden die Kranken aus der Anstalt in Familien im Bereiche dieser in Pflege gegeben, es kann aber auch vorkommen, dass Kranke aus einer andern Anstalt, die keine Pflegecolonie besitzt, in eine fremde Colonie überführt werden. Als Leiter der einzelnen Familien- oder Hauswesen (Hospes) kommen in erster Reihe verheirathete Pfleger oder Pflegerinnen in Betracht, die noch in der Anstalt Dienst thun oder gethan haben, oder Familien, in denen sich eine unverheirathete Pflegerin befindet. Der Hospes und die Glieder des Haushaltes sind als Pfleger und Pflegerinnen zu betrachten. Durch den Umgang und das Zusammenleben mit Irren breitet sich übrigens das Geschick und die Befähigung zu diesem Umgange unter der Bevölkerung der Colonien aus und es können auch andere Personen, die vorher in keiner Beziehung zur Irrenpflege gestanden haben, als Pfleger in Berücksichtigung kommen, doch müssen sie für diesen Beruf besonders vorbereitet werden, wie auch die Personen, die mit der Controlle betraut sind. Als Beweis, wie sehr sich das Geschick für die Irrenpflege ausbreiten und vererben kann, dienen die Bewohner der Umgegend von Gheel, die geborene Pfleger genannt werden; auch in den Umgegenden von Ermelo und Meerenberg, wo die Familienpflege der Irren bisher die meiste Ausbreitung in Holland gefunden hat, wachsen Geschlechter auf, die von Jugend auf an den Anblick von Geisteskranken gewöhnt, zum

Theil auch mit dem Umgang mit ihnen vertraut sind.

Der Zweck der Familienverpflegung ist ein verschiedener. In manchen Fällen soll sie den Uebergang zur Rückkehr in die Gesellschaft bilden und es ist dies selbst in Fällen möglich geworden, in denen die Kranken nach früheren Ansichten lebenslang in der Anstalt hätten bleiben müssen. In andern Fällen hält man den Aufenthalt in der Familie für vortheilhaft, nicht sowohl in Hinsicht auf die Herstellung der Kranken, als vielmehr als ein Mittel, ihnen das Leben angenehm zu machen; der Erfolg ist gewöhnlich gut und übertrifft manchmal die Erwartung. In manchen Fällen soll die Familienpflege nur eine Probe sein, um zu sehen, ob Pat., die in der geschlossenen Anstalt schwierig und unbequem zu versorgen und unzufrieden sind, sich in andern Verhältnissen besser befinden und zufrieden sind; die Pflege in der Familie bietet mehr Gelegenheit zu individualisiren, die Person des Kranken kann mehr zur Geltung und zu ihrem Rechte kommen, der Kranke hat mehr Gelegenheit, sich nach seinem Geschmack und seiner Neigung zu beschäftigen, Liebhabereien zu treiben, wozu sich in der Anstalt nicht so leicht die Gelegenheit findet. In vielen Fällen ist der Zweck der, Kranken, die ihr eigenes Heim vermissen, einen Ersatz dafür zu bieten; für solche Kranke ist das Mögliche erreicht, wenn sie sich in der Familie, die sie aufgenommen hat, heimisch fühlen, und dieses Ziel wird oft erreicht; die Kranken schliessen sich oft innig an die Familie an; einen besonders günstigen Einfluss übt dabei die Gegenwart von Kindern aus, mit denen sich die Kranken meist gern beschäftigen und für die sie oft in rührender Anhänglichkeit besorgt sind.

Der Kranke geniesst dabei so viel Freiheit als möglich, lebt inmitten von Gesunden, die sich mehr und eingehender mit ihm beschäftigen können, als es die Wärter in der Anstalt thun können; infolgedessen fühlt er seine Hülfsbedürftig- und Abhängigkeit so wenig als möglich; er kann ungehindert ein und ausgehen, kann sich an der Unterhaltung und der Arbeit betheiligen, steht in lebhafterem Verkehr und empfängt mehr Anregung als im einförmigen Anstaltsleben; nicht ohne Bedeutung ist dabei auch der Umstand, dass der Kranke sich in einer ihm vorher ganz fremden Familie befindet. Aber nicht blos für den Kranken hat die freie Verpflegung Vortheile, sondern auch für die Anstalt und das Pflegepersonal, sowie auch für die Bewohner der Colonien. Die Anstalt wird entlastet, der Ueberfüllung wird vorgebeugt und Platz für acute Fälle geschafft. Den Pflegern, namentlich dem männlichen Theile derselben, wird Gelegenheit geboten, sich zu verheirathen und einen eigenen Hausstand zu gründen; sie können den Dienst in der Anstalt aufgeben und doch fortfahren, ihr nützlich zu sein, können aber auch ihren Dienst in der Anstalt beibehalten und auf diese Weise können gute Kräfte der Anstalt länger erhalten und an sie gebunden werden, wenn ihre Zukunft gesichert ist. Aus financiellem Gesichtspuncte entspringen Vortheile sowohl daraus, dass die Aussichten für die Kranken, in die Gesellschaft zurückzukehren, grösser werden, als auch daraus, dass die productive Arbeit der Kranken besser zur Geltung kommt. Für die Bewohner der Colonie ist die mit der Pflege verbundene Einnahme eine Hülfe, den Wohlstand zu befördern. Als ein nicht geringer Vortheil kann es auch betrachtet werden, wenn dadurch bessere Begriffe über die Irrenfürsorge in das Publicum dringen und die Angehörigen der Kranken sich leichter und eher entschliessen, die Aufnahme in eine Anstalt zu bewirken.

Als ein Nachtheil für die Anstalt ist es betrachtet worden, dass gerade die ruhigen, verträglichen, ordentlichen und arbeitsamen Kranken durch die Uebergabe in Familienpflege der Anstalt entzogen werden, die für die Anstaltsbevölkerung einen guten Kern bilden und für die Erhaltung des Friedens und der Geselligkeit unentbehrlich sind. Das ist aber nur zum Theil und bedingt richtig und nicht von ausschlaggebender Bedeutung, denn es werden ja die ruhigen und thätigen Kranken nicht alle und nicht zugleich der Anstalt entzogen, es bleiben immer noch genug derartige Kranke zurück, die aus irgend einem Grunde nicht zur Familienpflege geeignet sind; es werden aber auch manche entfernt, die in einer Anstalt mit fest gebundener Organisation störend wirken können, in der Familie aber sich besser an ihrem Platze fühlen und es in der That auch sind. Wenn die grosse Gruppe derjenigen Kranken, die ohne jede Störung durch ein besonderes Ereigniss in der Anstalt ihr Leben ruhig verbringen und der Anstalt mehr den Character eines Versorgungshauses aufprägen, in Familienpflege gegeben wird und nur die Kranken in der Anstalt bleiben, die specielle Pflege und Behandlung verlangen, nimmt die Anstalt mehr den Character eines Krankenhauses an, in das die in Familienpflege Untergebrachten zurückkehren, wenn sie an einer intercurrenten Krankheit erkranken oder bedenkliche Symptome auftreten, die specielle Beobachtung und Behandlung erfordern.

Keine Form der Geistesstörung schliesst die Familienverpflegung aus. Bei der Auswahl der Kranken kommt es nur auf ihre Art und Individualität und

ihren Zustand an. Gefährliche, widersetzliche, zerstörende Kranke, solche Kranke, die eine fortwährende strenge Ueberwachung brauchen, sind natürlich nicht für die Familienpflege geeignet. Dagegen eignen sich in erster Reihe dazu ruhige, chronische Kranke, solche mit primären und secundären Schwächezuständen und Reconvalescenten, arbeitssame Kranke, die durch Beschäftigung vortheilhaft erweckt werden können, solche, die eine Anregung brauchen, die sie in der geschlossenen Anstalt weniger haben können. Es kommt übrigens vor, dass sich Patienten als geeignet für die Familienpflege erweisen, von denen man es nicht erwartet hätte. Van Deventer theilt aus der Familienpflege der Anstalt Meerenberg 16 Fälle mit, die nach seiner Meinung den Schluss gestatten, dass die freie Verpflegung selbst in scheinbar hoffnungslosen Fällen, bei äusserst unlenkbaren und gefährlichen Individuen mit Erfolg angewendet werden kann. Es war merkwürdig, wie diese Verpflegung bei Patienten einwirken konnte, die Neigung hatten, zu excediren, wenn nur Sorge getragen wurde, dass sie in eine für sie geeignete Umgebung kamen. Jeder Patient stellt seine besonderen Anforderungen und es liegt auf der Hand, dass die Anstaltsärzte, die den Kranken genau beobachtet haben, am besten geeignet sind, ihren Einfluss auch in der Familienpflege auf ihn auszudehnen. Auch die Wahl der Pflegefamilie kann manche Schwierigkeiten bieten und am besten ist es, wenn auch diese dem Arzte genau bekannt ist. Trotzdem gelingt es nicht immer beim ersten Male gleich, das richtige zu treffen, sondern manchmal erst nach öfterem Wechsel. Es kann durchaus nicht als ein Fehler des Anordnenden bezeichnet werden, wenn Kranker und Familie nicht für einander passen, denn dabei kommen Eigenthümlichkeiten in Frage, die sich leicht der Berechnung entziehen. Besonders dann ist die Auswahl einer Familie für einen Kranken mit Schwierigkeiten verbunden, wenn dieser aus einer fremden Anstalt kommt. Am besten ist es auf jeden Fall, wenn der Kranke auch in der Familienpflege den Arzt behält, der ihn in der Anstalt behandelt hat.

In solchen Anstalten, in denen vorwiegend arme Kranke auf Kosten des Staates oder der Gemeinden untergebracht sind, haben sich bis vor kurzer Zeit der Einführung der Familienverpflegung Schwierigkeiten in den Weg gestellt, die auf gesetzlichen Bestimmungen beruhen; während in denjenigen Anstalten, deren Insassen vorwiegend den mehr begüterten Klassen angehören, derartige Rücksichten nicht zu nehmen sind, so dass sich die Einführung schon vor längerer Zeit ohne Schwierigkeit vollziehen liess. Durch einen Erlass der holländischen Regierung vom 24. Nov. 1900 aber, nach dem Staatsbeiträge auch für solche Kranke gewährt werden, die nicht in der Anstalt selbst verpflegt werden, ist dieses Hinderniss beseitigt worden. Es wird dadurch auch für die armen Kranken die Abgabe in Familienpflege ermöglicht und diese Art der Verpflegung wird durchaus nicht kostspieliger als die in der Anstalt selbst. Für auf Staatskosten verpflegte Kranke besteht indessen die Vorschrift, dass sie vorher mindestens 3 Monate in einer Staatsanstalt verpflegt worden sein müssen, ehe sie in Familienpflege gegeben werden können. Kranke, die auf Gemeindekosten verpflegt werden, müssen, wenn für sie ein Staatsbeitrag gewährt werden soll, mindestens ein halbes Jahr lang in einer Irren- oder Idiotenanstalt gewesen sein. Ferner soll nicht mehr als der 10. Theil der in einer Anstalt befindlichen Kranken in Familienpflege gegeben werden, und für den 10. Theil der in Familien untergebrachten Kranken müssen in der Anstalt Plätze frei gehalten werden, damit eine eventuell nothwendig werdende Rückversetzung in die Anstalt ohne Verzug stattfinden kann. Die Kosten der Familienverpflegung sind übrigens nach den bisherigen Erfahrungen bedeutend geringer als die der Verpflegung in der Anstalt selbst.

Am ausgedehntesten und zugleich am ältesten in Holland ist die Familienpflege der Anstalt Veldwijk zu Ermelo, wo die Kranken meist den mehr begüterten Klassen angehören, so dass auf gesetzlichen Bestimmungen beruhende Rücksichten der Einführung nicht hindernd im Wege standen. Neuerdings wurde es in Folge der erwähnten Verordnung, dass Kranke, zu deren Verpflegung Staatsbeiträge gewährt werden, nicht in der Anstalt selbst verpflegt zu werden brauchen, auch in Meerenberg, wo die meisten Kranken den ärmeren Klassen angehören, möglich, vom Dezember 1901 an, solche Kranke in Familienpflege zu geben, während dies bei den den mehr begüterten Klassen angehörenden Kranken schon seit 1892, unabhängig von der Anstalt, geschehen ist. Mehr oder weniger in Gebrauch ist die Familienverpflegung auch in den Anstalten Grave, Medemblik, Dennenoord und Bloemendaal. Ein genauer Bericht liegt nur aus Veldwijk von J. H. A. van Dale vor.

In Veldwijk wurde schon im Jahre 1886 mit der Familienpflege begonnen, aber erst neuerdings hat sie grössere Ausdehnung gewonnen. Von 1895 an, wo 17 Personen sich in Familienpflege im Dorfe befanden, ist die Anzahl der in dieser Weise Verpflegten langsam gestiegen; im Jahre 1896 wurden 31, im J. 1897 37, im J. 1898 33, im J. 1899 37 und im

J. 1900 44 Kranke in Familien verpflegt. Von den 37 Familien, in denen die Kranken untergebracht sind, sind 19 die Familien von Beamten der Anstalt, 8 haben keine Beamten der Anstalt zum Familienhaupt, stehen aber in enger Beziehung zur Anstalt. Als Anleitung für den Umgang mit den Kranken dient eine von Dr. Schermers bearbeitete Schrift.

Die Verpflegung, wie sie in Veldwijk eingerichtet ist, findet in verschiedener Weise statt. 1. In zwei Villen, die die Anstalt gekauft und eingerichtet hat, sind von Beamten der Anstalt geleitete Haushaltungen eingesetzt, die direct von der Anstalt abhängen. 2. In der Mehrzahl der Fälle sind die Kranken in bestehenden Haushaltungen aufgenommen und leben ganz in den Familien. 3. In einigen Fällen sind die Kranken bei Familien in Pension, haben aber ihr eigenes Zimmer und leben für sich. 4. In einzelnen Fällen haben sich die Familien der Kranken in der Umgegend niedergelassen, so dass die Patienten in ihren eigenen Familien leben. Der Kranke wird stets als ein Glied der Familie betrachtet und als ein Kranker behandelt, er wird täglich, zu verschiedenen Zeiten, von einem Beamten der Anstalt besucht, wöchentlich einmal vom dirigirenden Arzte oder von einem anderen Arzte der Anstalt und über die Besuche wird Protokoll geführt.

Von den Kranken konnten 2, die an Melancholie gelitten und die Zeit ihrer Reconvalescenz in der Familienpflege zugebracht hatten, in die Gesellschaft und ihre frühere Stellung zurückkehren, eine schon lange an Insania neurotica leidende Kranke konnte wesentlich gebessert aus der Pflege entlassen werden.

Acht Kranke, vier männliche und vier weibliche, kehrten in die Anstalt zurück, zum Theil auf ihren eigenen Wunsch, zum Theil, weil ihre Pflege in der Familie zu beschwerlich war. Ein an Paranoia leidender Kranker, der seit Jahren abwechselnd in der Anstalt und in Familie, nach eigener Wahl und in Zusammenhang mit seinen krankhaften Vorstellungen verpflegt wurde, kehrte in die Anstalt zurück, traf aber zur Zeit der Mittheilung schon wieder vorbereitende Anstalten, sich wieder in Familienpflege zu begeben. Ein anderer an Paranoia leidender, der seit Ende October 1897 in einer Familie verpflegt wurde, bekam Verfolgungswahnideen, die sich auf seinen Hospes bezogen, und verlangte selbst, wieder in die Anstalt aufgenommen zu werden. Ein an Dementia senilis Leidender wurde zu lästig und musste deshalb wieder internirt werden. Ein jugendlicher Imbeciller musste wegen seines ungehörigen und unleidlichen Betragens wieder in die Anstalt zurückversetzt werden. Eine unzufriedene und schwer zu befriedigende, an Insania neurotica Leidende wurde versuchsweise in Familienpflege gegeben, konnte es aber auch da nicht aushalten. Eine Kranke, die aus Familienpflege in ihre eigene Familie entlassen worden war, verfiel in einen Zustand von Stupor und wurde, als es sich gezeigt hatte, dass ihre Pflege in der Familie zu beschwerlich war, wieder in der Anstalt aufgenommen. Eine an Dementia moralis Leidende, bei der die Familienpflege als Mittel, sie wieder in die Gesellschaft zurückzuführen, angewendet worden war, konnte keine passende Stellung finden, verlor den Muth und kehrte nach einigen Wochen selbstständiger Führung in die Anstalt zurück. Eine andere musste in die Anstalt zurückgenommen werden, weil sie durch fortwährendes Klagen zu lästig war. Unfälle kamen mit den Patienten nicht vor und ihre Rückkehr in die Anstalt ging stets ohne Beschwerde vor sich.

Ende 1900 waren noch 33 Kranke (14 männl., 19 weibl.) in Familienpflege, je 1 seit 1891, 1893 und 1895, 8 seit 1897, 4 seit 1898, 7 seit 1899 und 11 seit 1900. Von den 14 männl. Kranken waren 8 als Handwerker in den Werkstätten der Anstalt thätig, 2 zu Hause mit schriftlichen Arbeiten, die übrigen 4 verrichteten keine bestimmte Arbeit. Die weiblichen Kranken waren ohne Ausnahme im Haushalte thätig oder verrichteten weibliche Handarbeiten, eine war in der Wäschekammer der Anstalt thätig.

van Deventer, Vrije verpleging. Psych. en. neurol. Bladen. 1901. blz. 48. — D. Schermers. Gezinsverpleging. Ibid. blz. 93. — J. H. A. van Dale. Veldwijksgezinsverpleging. Ibid. blz. 189. — van Deventer, van Dale en Vos. Rapport inzake de gezinsverpleging von krankzinnigen. Ibid. 1902. blz. 240. — van Deventer, Gezinsverpleging. Ibid. blz. 273.

Bemerkungen zur Genese der Tetanie.

Von Dr. *G. von Voss* (St. Petersburg).

Die eigenthümliche Erkrankungsform der Tetanie und ihre vielfachen Beziehungen zu anderen Krankheiten haben zu sehr verschiedenen Erklärungsversuchen ihrer Entstehung Veranlassung gegeben. In der 1896 erschienenen Monographie von Frankl-Hochwart*) werden etwa 5 diesbezügliche Hypothesen erwähnt und discutirt, wobei der Autor sich für die Wahrscheinlichkeit einer infectiösen Ursache ausspricht. In einer früheren Arbeit**) habe ich mich dieser Auffassung angeschlossen und die Uebereinstimmung in dem Auftreten der Tetanie in Petersburg und Wien betont. Trotz der Annahme eines infectiösen Agens als Erreger dieser eigenthümlichen Krampfkrankheit bleiben aber Formen derselben übrig, für welche diese Erklärung gezwungen oder gar unmöglich erscheint. Das Zusammenvorkommen der Tetanie mit anderweitigen motorischen Erkrankungsformen und Erscheinungen (Myotonie, Beschäftigungskrämpfe, Epilepsie) haben mich veranlasst, nach neuen genetischen Erklärungen zu suchen. Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die wenigen pathologisch-anatomischen Befunde auf eine Localisation der Erkrankung im Rückenmark hinzuweisen scheinen; für diese Möglichkeit sprechen sich Frankl-Hochwart und Neusser aus. Die häufigen Rückfälle der Krankheit, das Fehlen von Lähmungserscheinungen dürfte wohl gegen einen destruirenden entzündlichen Process sprechen, es handelt sich also eher um einen Reizzustand in den Vorderhörnern und besonders in den Ganglienzellen derselben. Die Schmerzhaftigkeit der Krämpfe braucht nicht auf eine Wurzelaffection hinzuweisen, die tonische Muskelcontraction ist an sich schmerzauslösend. Wenden wir uns der Betrachtung eines anderen motorischen Symptomencomplexes, der Epilepsie, zu, die gleichfalls mehr oder weniger typische Krampfanfälle als Haupterscheinungen hervorruft, so sehen wir, dass in letzter Zeit ihre Abhängigkeit von motorischen Centren höherer Ordnung wohl so ziemlich als bewiesen erachtet werden kann (Binswanger***). Zur Entstehung der Epilepsie ist eine bestimmte Veränderung der Hirnrinde nothwendig, die man kurzweg als Spasmophilie (Féré) bezeichnet hat. Eine Auslösung der Krämpfe findet durch secundäre Ursachen statt, unter denen die verschiedensten Factoren zu nennen sind, der Hauptsache nach mechanische, chemische, thermische, infectiöse Noxen. Da wir das pathologisch-anatomische Substrat der Epilepsie nur in der Minderzahl aller Fälle zu finden vermögen, wo nämlich grobe anatomische Laesionen vorliegen, für die Mehrzahl aber i. e. die sog. idiopathischen Fälle der anatomische Process uns verborgen ist, begnügen wir uns damit, die Epilepsie als Neurose zu bezeichnen. Fassen wir nun die Epilepsie als Krampfneurose der höheren motorischen Centren auf, so scheint es mir berechtigt, die Tetanie als Krampfneurose der niederen motorischen (Rückenmarks-) Centren zu bezeichnen. Der nähere Zusammenhang der genannten Krankheiten wird nicht nur durch diese hypothetischen Localisationen bewiesen. Ich stütze mich hierbei zunächst auf die Autorität von Frankl-Hochwart's und dann auf unzweifelhafte klinische Thatsachen. Zu den vom ebengenannten Autor citirten Fällen von Friedmann, Gottstein, Chvostek, von Jaksch u. a. sind neuere wichtige Beobachtungen hinzugekommen. Kürzlich hatte ich Gelegenheit ein zehnjähriges Mädchen zu sehen, das vor einem halben Jahre an typischen Tetanieanfällen erkrankt war, die Krämpfe traten aber nur vereinzelt auf, meist Nachts. Nach Ablauf einiger Monate stellten sich echte epileptische Krampfanfälle mit Zungenbiss und Bewusstlosigkeit ein. Bei der einmaligen Untersuchung konnte ich nur das Vorhandensein des Trousseau'schen und Chvostek'schen Phänomens nachweisen; leider entzog sich die Kranke der weitern Beobachtung. Der von Jaksch*) beobachtete Fall schwerer cerebraler Erkrankung (Tumor?) zeigte typische Tetanieanfälle mit Trousseau, Chvostek und gesteigerter galvanischer Erregbarkeit. Im Laufe der Behandlung beobachtete v. Jaksch einen typischen epileptiformen Anfall; er hält das Zusammentreffen beider Krampfformen nicht für Zufall, sondern spricht von der Möglichkeit einer Localisation der gemeinsamen Krankheitsursache im Ependym des III. Ventrikels. Von besonderem Interesse ist ferner der Fall von Ehrhardt**): 3 Tage nach fast totaler

*) Nothnagel's Handbuch Band IX.

**) Monatsschrift für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. VIII. H. 2. 1900.

***) Nothnagel's Handbuch Bd. VII.

*) Zeitschrift für klin. Medicin Bd. 17. Supl. Heft S. 144.

**) Mittheilung aus den Grenzgebieten für innere Medicin und Chirurgie. Bd. X. Heft 1 und 2. S. 225.

Exstirpation der malign entarteten Schilddrüse traten unter ziehenden Schmerzen Krämpfe in den Vorderarmen auf, wobei das Sensorium frei blieb. Chvostek und Trousseau vorhanden, galvanische Erregbarkeit gesteigert. Daneben traten bald Anfälle allgemein clonisch-tonischer Krämpfe mit Bewusstseinsverlust, typisch epileptischer Art, auf. Andere Anfälle trugen den Character von Mischformen der Epilepsie und Tetanie. Die hierher gehörige Arbeit von Clark „Tetanoid seizures in Epilepsia" *) war mir leider nicht zugänglich. Ganz übereinstimmend mit der Ehrhardt'schen Schilderung ist der erste von 2 Tetaniefällen, die neuerdings Westphal beschrieben. Auch hier hatten sich nach der Strumektomie typische Tetanieanfälle eingestellt, zu denen sich nach Ablauf eines halben Jahres einerseits epileptiforme Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust, andererseits „eigenthümliche Misch- und Uebergangsformen" beider Krampfbilder gesellten. Mit Recht betont Westphal das wahrscheinliche Vorhandensein von Toxinen, als gemeinsame Ursache der Tetanie und Epilepsie, die meines Erachtens hier gewiss nur als verschiedene Symptome eines Krankheitsprocesses angesehen werden dürfen.

Neben der Epilepsie zeigt noch eine andere Erkrankung des motorischen Systems eine Verwandtschaft zur Tetanie, nämlich die Myotonie im weiteren Sinne, wie ich in meiner oben citirten Arbeit betont habe [man vgl. auch die Arbeiten von Jolly **) und Jacobi ***)]. Es kommen auch nicht allzuselten Combinationen beider Krankheiten vor. Gowers †) macht für die Entstehung myotonischer Erscheinungen, wie mir scheint, mit Recht eine Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarks verantwortlich; ich nehme für die Tetanie eine ähnliche Localisation in Anspruch, eine Combination beider Störungen wäre auf diese Weise erklärlich. Endlich möchte ich noch an die Chorea minor (infectiosa-Wollenberg) erinnern, die in ihrer Abhängigkeit von infectiösen Processen, der Neigung zu Recidiven und der Form der bei derselben beobachteten Geistesstörung gewisse Analogien mit der Tetanie zeigt.

In allerletzter Zeit hat Peters ††) bei Kindern, die intra vitam an Tetanie gelitten, eine Pachymeningitis haemorrhagica acuta mit einer Neuritis interstitialis der Wurzeln und Entzündung der Spinalganglienzellen gefunden. Er vermuthet hierin den der Tetanie zu Grunde liegenden Process gefunden zu haben. Ohne auf die genaue Besprechung dieser Befunde eingehen zu wollen, will ich nur bemerken, dass dieselben sich mit den früheren Sectionsresultaten bei Erwachsenen und Kindern kaum in Uebereinstimmung bringen lassen; *) auch lässt die Peters'sche Annahme keine Erklärung für die Symptome von Seiten der Hirnnerven zu, noch weniger aber ist sie auf alle Fälle von Tetanie anwendbar (z. B. nach Strumektomie!). Viel wahrscheinlicher ist es, dass meningitische Erscheinungen im Bereiche des Rückenmarks zu directer oder reflectorischer Reizung der Wurzeln und Vorderhörner und dadurch zur Tetanie führen können.

Ich brauche nicht besonders hervorzuheben, dass die Annahme einer spasmophilen Diathese der Vorderhörner des Rückenmarks als Entstehungsursache der Tetanie eigentlich nur eine Praecisierung der früheren Annahme von einer reflectorischen Entstehung dieser Krankheit ist. Dass die Tetanie bei Kindern verhältnissmässig häufig ist, stimmt einerseits mit dem von Soltmann festgestellten erhöhten Tonus der kindlichen Musculatur und dem häufigen Vorkommen von epileptischen und epileptiformen i. e. eclamptischen Krämpfen überein, andererseits scheint die bei Kindern so häufige Rhachitis eine Entstehung der Tetanie zu begünstigen. Andauernde, angestrengte Arbeit mit den oberen Extremitäten, wie sie bei vielen Handwerkern die Regel ist, mag die Diathese entstehen lassen; tritt eine Infection sui generis (die eventuell an gewisse Städte gebunden ist und eine Abhängigkeit von den Jahreszeiten zeigt) hinzu, so werden die Tetanieanfälle ausgelöst. Verschiedene toxische Substanzen (besonders das Blei) scheinen ähnlich praedisponierend zu wirken. Andere Toxine (in der Gravidität, die an und für sich zu gewissen Krampfformen zu disponieren scheint, ich erinnere nur an die Chorea und Eclampsia gravidarum, ferner bei Magendarmstörungen) rufen offenbar ebenfalls die Tetaniediathese hervor, wobei dann durch das Hinzutreten eines mechanischen Reizes (Einführen der Magensonde z. B.) der Anfall entsteht. In besonders specifischer Weise scheint die Kropfexstirpation zu wirken, die hierbei entstehenden Toxine müssen in electiver Weise die motorischen Centren reizen.

Die obigen Erwägungen scheinen mir erstens den nahen Zusammenhang der Tetanie mit der Epi-

*) Amer. Journal of insanity April 1899.

**) Neurol. Centralbl. 1896. S. 140.

***) New Yorker med. Monatsschr. 1898. Nr. 8.

†) Centralblatt für Nervenheilkunde. 1892, Februar.

††) Petersburger med. Wochenschrift. 1902 S. 411.

*) Eine leichte Andeutung der von Peters erhobenen Befunde findet sich in den Fällen von Berger. In dem von mir geschilderten Fall fand sich ebenfalls eine Pachymeningitis haemorrhagica, doch war das Krankheitsbild sehr compliciert.

lepsie zu beweisen, zweitens aber die Annahme einer Diathese zur Erklärung des Entstehens der Tetanie wahrscheinlich zu machen. Als Localisation des Krankheitsprocesses, der nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse als Krampfneurose zu bezeichnen ist, müssen die Vorderhörner des Rückenmarks und die Kerne der motorischen Hirnnerven angesehen werden.

(Nach einem am 5. März 1902 im Verein St. Petersburger Aerzte gehaltenen Vortrage).

Mittheilungen.

— **Aus dem Provinziallandtag der Provinz Brandenburg**. (Februar/März 1903). Der Verwaltungsbericht des Provinzialausschusses pro 1902 zeigt, dass am Schlusse des Jahres 1901 in den Anstalten der Provinz 4037 Geisteskranke und erwachsene Idioten und 617 jugendliche Idioten und Epileptiker sich befanden, gegen 1900 eine Steigerung um 6,01 resp. 6,19%. Von den Kranken befanden sich 73 resp. 55 in Privatanstalten.

Im September 1902 war der Krankenbestand auf 4939 angewachsen.

Bei der Discussion bemerkte der Abg. Prof. Dr. Mendel, dass er es freudig begrüsse, dass zum ersten Mal in dem Verwaltungsbericht die practisch eingeführte „Familienpflege" erscheine. Wenn auch die Zahl (Bestand am 31. 12. 02: 19 M. 8 Fr.) im Ganzen noch klein erscheine, so verspreche er sich doch von der Weiterentwicklung Segen für die Kranken und finanzielle Vortheile für die Provinz.

Er erkenne ferner das Bestreben der Verwaltung an, die Kranken der Provinz in ihren eigenen Anstalten zu behandeln, wie es sich in dem Satze ausdrückt, dass die „schwierige und verantwortungsreiche, öffentlich-rechtliche Pflicht der eigentlichen Irrenfürsorge grundsätzlich nicht durch Ueberweisung Kranker an Privatanstalten erfüllt werden darf."

Die Anstalten der Provinz seien jetzt voll, zum Theil überfüllt. Die projectirten Bauten von Pavillons im Anschluss an die bestehenden Anstalten würden nur noch für kurze Zeit genügen, um die Durchführung jenes Grundsatzes zu ermöglichen. Es ist demnach die Errichtung einer neuen Irrenanstalt erforderlich, von welcher bereits in den Verwaltungsberichten 1900 und 1901 die Rede war.

Wenn man in Betracht zieht, dass bis zur Eröffnung der neuen Anstalt eine Reihe von Jahren verläuft, so wird man nicht fehl gehen, wenn man die Bevölkerung der Vororte von Berlin zu dieser Zeit auf ca. 700000 schätzt. Für diese Vororte mit ihrem grossstädtischen Character hat man zum Mindesten aber auf je 500 Einwohner einen Platz in der Irrenanstalt bereit zu halten [jetzt ist das Verhältniss in der Provinz Brandenburg 5000 Kranke auf 3100000 Einwohner (ausser Berlin) = 1 : 610]; es würden demnach die Vororte allein schon eine Anstalt für 1400 Kranke füllen.

Unter diesen Umständen erscheint es billig, dass die neue Anstalt in einen der Vororte oder deren Nähe kommt, um so die Möglichkeit einer leichten Ueberführung der Kranken, der Besuche der Angehörigen, der leichten Beurlaubung und Entlassung der Kranken zu geben. In seiner Erwiederung erklärte der Landesdirektor Frhr. v. Manteuffel, dass er die Eröffnung einer neuen Anstalt für 1909 in Aussicht genommen, dass er die Bauzeit auf 3 Jahre schätze und dass er der Ansicht sei, dass die neue Anstalt in das Centrum der Provinz kommen solle d. h. also in die Nähe von Berlin. Die Schwierigkeit geeignetes und nicht zu theures Terrain zu schaffen, sei hier allerdings nicht zu unterschätzen. —

Die Vororte, besonders die starkbevölkerten um Charlottenburg mit über 100000 Einwohner, haben ein erhebliches Interesse an der Beschleunigung der Angelegenheit und werden dieselbe möglichst zu fördern suchen.

— **Elberfeld.** Vom bergischen Verein für Gemeinwohl wird die Errichtung einer Heilstätte für unbemittelte Nervenkranke angestrebt. Der Plan ist seiner Verwirklichung nahe. Zu den auf 600000 M. veranschlagten Kosten wird die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, wie der Vorsitzende derselben, Geheimrath Klausener, gestern bekannt gab, 480000 M. zu mässigem Zinssatz darleihen. Der Rest von 120000 M. soll durch Zeichnungen aufgebracht werden. Da bereits beträchtliche Summen in Aussicht gestellt worden sind, dürfte der ganze Betrag bald aufgebracht sein. Die konstituirende Versammlung soll bereits am 21. März in Düsseldorf stattfinden. Inzwischen wird eine Kommission mit den Landräthen des bergischen Landes wegen der Platzfrage verhandeln. Wie gross das Bedürfniss für die Anstalt ist, erhellt daraus, dass allein von der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz im vorigen Jahre 333 nervenkranke Frauen und 163 derartige Männer in verschiedenen Heilstätten untergebracht worden sind. [Zweckmässiger wäre es freilich gewesen, wenn die Landesversicherungsanstalt selber diese Anstalt erbauen würde, darin dem Beispiel der Provinz Hannover (s. vorige Nr.) folgend].

— **Das endgültige Programm des IX. Intern. Congresses gegen den Alkoholismus.** Bremen, 14.—19. April, ist soeben in deutscher, englischer und französischer Sprache herausgegeben worden und wird vom Bureau des Kongresses, Bremen, Bahnhofstrasse 1, bereitwilligst an jede aufgegebene Adresse versandt. Nach den bisherigen Anmeldungen zu schliessen, wird dieser zum ersten Male in Deutschland tagende Congress der besuchteste seiner Art werden. Nicht zum

wenigsten dürfte das hochbedeutsame Congressprogramm dazu beitragen, das 22 hervorragende Redner und Rednerinnen, zur Hälfte aus dem Auslande, zählt. Auf dem Bremer Congresse wird nicht mehr die ganze Alkoholfrage, wie auf früheren Congressen behandelt werden, sondern elf hervorragende Capitel derselben sind ausgewählt worden, um Raum für eine ausgedehnte Besprechung zu behalten. Eine reichhaltig beschickte Ausstellung wird ebenfalls dazu beitragen, den diesjährigen Congress besonders interessant zu gestalten. Erwähnen wollen wir noch, dass der Hohe Senat Bremens die Congresstheilnehmer zu einem Frühstück im Rathhause einladen wird und dass die Direction des Norddeutschen Lloyd eine Fahrt in See auf einem seiner Schnelldampfer vorgesehen hat. Der Preis der Mitgliedskarte des Congresses beträgt 5 Mark; sie berechtigt zur Theilnahme an den Veranstaltungen des Congresses und zum Bezuge des später zu veröffentlichenden stenographischen Verhandlungsberichtes.

— **Les Aliénés en liberté.** La question des aliénés en liberté et des dangers qu'ils peuvent courir à l'ordre public et à la sécurité des personnes, continue, plus que jamais, d'être à l'ordre du jour. Les Annales médico-psychologiques, se conformant à un usage établi, il y a plus de trente ans, par Baillarger et Lunier, collectionnent les faits divers racontant les exploits des aliénés qu'on laisse vaguer sans surveillance, et en donnent un résumé statistique dans le dernier numéro de l'année. Voici celui qui vient de paraître dans le numéro de novembre 1902:

Résumé. — Nous avons recueilli dans les Annales de l'année 1902, 90 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux de Paris et de la province. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre de véritables crimes: homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc.; enfin, les suicides simples, ainsi, que les suicides précédés d'homicides, fournissent un fort contingent.

Tentatives d'homicide, aggressions violentes, menaces de mort	31
Suicides et tentatives de suicide	19
Homicides	14
Homicides et suicides	10
Excentricités et actes délictueux	9
Incendies	7
Total	90

Ainsi sur 90 cas, il y eu 24 homicides, dont 10 ont été suivis du suicide de l'aliéné après la perprétation du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des aggressions violentes, des actes délictueux, ainsi que des sept incendies. Ce qui nous paraît plus important, c'est de compter le nombre de victimes faites par ces 90 aliénés en liberté. Il y a eu

Blessés grièvement	34
Morts	32
Suicides	19
Total	85

Ainsi notre statistique — qui est loin d'être complète — donne 34 personnes qui ont été blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont succombé à leurs blessures: 32 ont été tuées; enfin 19 aliénés se sont tués, dont plusieurs après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Comme les années précédentes, nous avons à signaler de véritables hécatombes faites par certains de ces aliénés; ainsi il en est qui ont fait, l'un 3 victimes, un autre 5, un troisième 12 dont 7 tués et 5 blessés.

Comme tous les ans aussi, nous devons faire remarquer que la plupart de ces crimes et de ces délits ont été commis par des aliénés dont la plupart étaient malades depuis longtemps et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer. Beaucoup avaient déjà été traités dans les asiles; quelques-uns venaient même d'en sortir.

Ant. Ritti.

Personalnachrichten.

— Dr. Raecke, I. Ass.-Arzt der Psychiatrischen Klinik in Kiel ist als Nachfolger Dr. Alzheimer's an die städtische Irrenanstalt in Frankfurt a. M. berufen worden. Er hatte sich vor Kurzem in Kiel habilitirt mit einer umfangreichen Schrift: „Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker" (erschienen bei C. Marhold in Halle a. S., Preis M. 3,80).

— In Moskau habilitirte sich Dr. Bajenow für Psychiatrie und Neurologie, in Modena für dieselben Fächer Dr. Brisgia.

— Dr. Tantzen, bisher 4. Arzt der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lüneburg, ist zum 3. Arzt derselben Anstalt ernannt.

— Dr. Behr, bisher Assistenzarzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lüneburg, ist zum 4. Arzt derselben Anstalt ernannt.

— Den 80. Geburtstag feierte am 5. d. Mts. der Psychiater Dr. Jessen, Privatdozent an der Universität Kiel. Auch wir senden dem verehrten Jubilar die herzlichsten Glückwünsche.

☞ Der heutigen Nummer liegen drei Beilagen bei:

1. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.,
2. Konstanzer Hof-Sanatorium für Nerven- und innere Krankheiten zu Konstanz.
3. Einladung zum Treizième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, Bruxelles,

die wir zur Beachtung empfohlen halten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton**, Graz. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 51. 21. März. **1903.**

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend in Stärke von 1—2 Bogen und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6495), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Aus der psychiatrischen Universitäts-Klinik des Prof. Dr. Emil Moravcsik in Budapest (Beobachtungs-Abtheilung des St. Johann-Spitals).

Ueber zwei schwerere Fälle von Hysterie.

Von Dr. *Carl Décsi*, I. Assistenten der Klinik.

Ich hatte auf unserer Klinik oft Gelegenheit, Fälle von Hysterie zu sehen und zu behandeln, welche mit schweren Symptomen einhergingen. Kranke dieser Art — wenn wir von den kürzeren oder mehr protrahirten Zuständen von hysterischer Geistesstörung absehen, von welchen ich einige im Jahrbuche der hauptstädtischen Spitäler vom Jahre 1898 mitzutheilen Gelegenheit hatte, und nur diejenigen hierher rechnen, bei welchen überhaupt keine Psychose festzustellen war — gelangten zumeist aus anderen Spitälern auf die psychiatrische Klinik, besonders in Folge von schweren, stürmischen Krankheitserscheinungen, welche die Behandlung auf einer gewöhnlichen Spitalsabtheilung (internen oder Nervenabtheilung) unmöglich machten. Ausserordentlich heftige und sich sehr oft erneuernde hysterische Anfälle, die psychische Reizbarkeit und das unverträgliche, oft schonungslose Benehmen solcher Kranken, lärmender, und beinahe constanter, die Ruhe der Krankengenossen störender Singultus hystericus, hartnäckige Nahrungsverweigerung, enorme Reizbarkeit mit heftigen Wuthausbrüchen: diese waren in den meisten Fällen die unmittelbaren Ursachen der Ueberführung auf die psychiatrische Abtheilung.

Die systematische, zielbewusste Behandlung von Kranken dieser Art, besonders, wenn viele auf derselben Abtheilung zusammentreffen, verursacht dem Arzte so manche sorgenvolle Stunde und erfordert einen Aufwand von Geduld, welchen nur derjenige begreifen kann, der die Gewohnheiten, den schonungslosen Egoismus, das sozusagen dissociale Benehmen dieses ganz eigenartigen Krankenmaterials aus näch-

ster Nähe kennen gelernt hat. Noch in viel grösserem Maasse aber wird die Geduld solcher Patienten durch die geschlossene Anstalt und deren Bewohner, durch die Anstalts-Ordnung und Gewohnheiten in Anspruch genommen, da diese Kranken — trotzdem sie an keiner Geistesstörung leiden und nach eigenem Gutdünken in der Anstalt verbleiben oder dieselbe verlassen können — auf Anrathen des Arztes sämmtliche Unannehmlichkeiten dieser Umgebung freiwillig ertragen und — die Besserung ihrer Krankheit erhoffend — durch Monate in der Anstalt verbleiben. Diese gegenseitige Geduld aber hat ihre guten Folgen, da die Behandlung in der geschlossenen Anstalt, wenn sie durch eine gewisse Zeit und mit der nöthigen Energie durchgeführt wird, — bei gewissen Kranken sehr schwere Krankheitserscheinungen zu beseitigen und dadurch den Zustand des Kranken bedeutend zu verbessern im Stande ist. Nachstehend theile ich die Krankengeschichten zweier Kranken dieser Art mit, welche in der Anstalt mit besonders günstigem Resultate behandelt wurden.

Fall I. Die 26jährige N. N. kam am 12. März 1898 auf unsere Abtheilung; vor 12 Tagen fand dieselbe im St. Stefans-Spitale Aufnahme, konnte aber hier wegen ihres lärmenden Singultus und heftigen Nervenanfällen im gemeinsamen Krankenzimmer nicht weiter gehalten werden. Sie schluchzte so laut, dass sämmtliche Krankengenossinnen im Schlafe gestört wurden, auch hatte sie während der letzten Nacht 19, besonders vehemente Krampfanfälle und beinahe unausgesetzten, krampfhaften Singultus, demzufolge die Kranke in einem Isolirzimmer untergebracht wurde.

Nach Aussage der Kranken ist Heredität nicht zu ermitteln; ihr Vater starb an Darmverwicklung, die Mutter lebt und ist gesund. Als Kind litt sie an Masern und Lungenentzündung, sowie wiederholt an Wechselfieber. Ihr jetziges Leiden begann vor 10 Jahren, die eminenten Symptome der Krankheit waren: Singultus, Lach- und Weinkrämpfe; Hauptklage der Kranken ist der qualvolle, erschöpfende Singultus, welcher durch 10 Jahre beinahe unausgesetzt andauert. Im Anfange wurde Brombehandlung angewendet, sodann applicirte ihr Arzt Morphium-Einspritzungen, und seit dieser Zeit benützt sie unausgesetzt diese Einspritzungen, welche die Patientin nicht mehr entbehren kann, da sie sich nur auf diese Art einige Stunden Ruhe zu verschaffen im Stande ist. —

Patientin ist klein, schwach gebaut, kyphoscoliotisch, sehr stark abgemagert, blutarm. Pupillen gleichweit, Reaction auf Licht und Accomodation prompt. Zunge und Hände zittern, die Reflexe sind stark erhöht. Die Empfindlichkeit gegen tactile Reize ist normal. Der Arm ist mit kleinen Stichnarben bedeckt, welche von den eigenhändig angewendeten Morphium-Einspritzungen herstammen. Patientin fordert gegen ihre oft wiederkehrenden, heftigen Krampf- und Singultus-Anfälle Morphium-Einspritzungen, welche für sie unentbehrlich sind, und von denen sie stufenweise abgewöhnt wird. Sämmtliche Krankheits-Symptome zeigen eine grosse Beeinflussbarkeit durch Suggestion, Hypnose gelingt leicht und wird bei der Patientin täglich angewendet (dieselbe wurde ausserdem noch durch Bäder, Elektrizität und durch Medicamente von rein suggestiver Wirkung behandelt) — worauf das Allgemeinbefinden sich schnell bessert, die Krampfanfälle seltener und milder werden; die Abgewöhnung der Morphium-Einspritzungen findet leicht statt, der Singultus ist nicht mehr andauernd. (Während der ärztlichen Visite erscheint der Singultus ganz regelmässig!) — Schon im Monate Mai treten Intervalle von 1—2 Wochen auf, während welcher überhaupt kein Singultus erscheint; anfangs Juni endlich bleibt derselbe ganz aus, sodann verschwinden auch die Krampfanfälle und die Kranke verlässt Mitte Juni 1898 im besten Wohlbefinden, von ihren Singultus- und Krampfanfällen befreit, und von ihrer Morphiumsucht entwöhnt, das Institut, wo sie während einem Aufenthalte von 4 Monaten an Körpergewicht bedeutend zugenommen hat.

Seit dieser Zeit stand die Kranke sowohl in unserer Anstalt, als auch in anderen Spitälern wiederholt in Behandlung und immer waren es die Krampfanfälle, welche den Kern der Krankheitserscheinungen bildeten, zu denen nachträglich noch starker Tremor, Meteorismus, Anfälle von Dyspnoe, Ohnmachten hinzutraten, jedoch der quälende Singultus, welcher die Hauptursache ihrer ersten Anstaltsbehandlung war, erschien überhaupt nicht mehr, Patientin blieb von diesem überaus unangenehmen Symptome der Krankheit ganz befreit.

Die wiederholte Anstaltsbehandlung war auch auf die anderen Krankheitserscheinungen von günstigem Einflusse, und so oft die Kranke in unserer Anstalt behandelt wurde, gelang es immer, die prägnanteren Symptome zu unterdrücken und Patientin — wenn auch nur auf beschränkte Zeit — von denselben zu befreien.

Im beschriebenen Falle hat sich demnach die Internirung und Behandlung der Patientin in einer geschlossenen Anstalt sehr gut bewährt und stets zu gutem Resultate geführt. Betrachten wir nun das Wie dieses günstigen Einflusses etwas eingehender.

Wenn wir die psychogene Natur der Krankheit in Betracht ziehen, kann hier nur von suggestiver Wirkung die Rede sein, und zwar — nach meinem Erachten — hauptsächlich und in erster Linie von der suggestiven Einwirkung der Anstaltsordnung, der ungewohnten Umgebung, der ständigen, strengen Aufsicht in der Anstalt. Es ist ganz bezeichnend, wie sich die aufgeregteste Hysterikerin, welche inmitten ununterbrochener Anfälle im Spitale anlangt, wie auf einen Schlag verändert, als dieselbe auf einige Tage im Wachzimmer (zwischen den unruhigeren Geisteskranken) untergebracht wird, wo durch die geringste Begünstigung (Transferirung auf eine ruhigere Abtheilung, Gewähren von Handarbeit, Lesen von Büchern, etc.) schon bedeutende Besserung hervorgerufen werden kann, ja sogar oft die Anfälle sofort eingestellt werden.

Das regelmässige Leben und die Disciplin in der Anstalt rufen Autosuggestionen hervor, welche den Krankheitszustand in günstigem Sinne beeinflussen; die fortwährende Gegenwart des Arztes, seine gewissenhafte Beschäftigung mit den Patienten erweckt in den willenlosen und zur Selbstbeherrschung unfähigen Kranken Vorstellungen, welche für die Genesung günstig sind; die Patienten bemerken, dass man sich mit ihren Leiden befasst, ihre Klagen anhört, und in Folge dessen unterwerfen sich dieselben gerne der etwas militärischen Disciplin der Anstalt; und als die stürmischeren Symptome, welche die Behandlung in einer gewöhnlichen Spitalsabtheilung unmöglich machten, vergangen sind, verbleiben die Patienten gerne auch für längere Zeit in der geschlossenen Anstalt, so lange, bis eine Spitalsbehandlung überhaupt nothwendig ist.

In leichteren Fällen genügen schon die verschiedenen suggestiven Behandlungsmethoden im wachen Zustande; aber bei hartnäckigen Patienten — wie z. B. im obigen Falle, welcher 10 Jahre hindurch erfolglos behandelt wurde — kann die Hypnose sehr gute Dienste leisten, indem durch dieselbe die psychische Beeinflussbarkeit der Patienten bedeutend erhöht werden kann, und dadurch die Genesung befördernde Vorstellungen in das Bewusstsein der Kranken eingeführt werden. Es ist zweckmässig bei der Hypnose — mit Ausnahme von Fällen, wo dieselbe schädliche Erscheinungen verursacht, was individuell vorkommen kann — dauernd zu beharren; bei der erwähnten Patientin wandte ich dieses Verfahren durch 3 Monate unausgesetzt und stets mit sehr gutem Erfolge an.

Aber auf welche Art wir auch die hysterischen Kranken behandeln mögen, das am meisten suggestiv wirkende Moment in solchem Falle ist nicht die Behandlung, das Verfahren selbst, sondern stets die Anstalt. Die schweren Hysterieen bessern sich in der gewohnten, familiären Umgebung nicht und es ist eine Erfahrungsthatsache, dass die Entfernung der Patienten von dieser normalen, gewohnten Umgebung einen hauptsächlichen, weil am meisten wirkungsvollen Faktor der Behandlung bildet. Die Entfernung bewirkt das Aufhören sämmtlicher schädlichen Einflüsse, welche der Verkehr mit der täglichen Umgebung, die fortwährende Wiederholung der gewohnten Reize auf das Seelenleben der Kranken ausüben; und diese Wirkung entsteht dadurch, dass durch die Entfernung die gesammten äusseren Lebensverhältnisse der Patienten wie auf einen Schlag umgeändert werden. Die radikalste Art dieser Veränderung besteht in der Unterbringung in einer Anstalt, wodurch die vollkommene Ruhe und Isolirung der Kranken von der Aussenwelt erreicht wird.

Das Princip der Isolirung wurde zuerst von Charcot, dem Altmeister der modernen Neurologie nach Gebühr beachtet, und in seinen Vorträgen stets besonders hervorgehoben: „Je ne saurais trop insister devant vous" — sagte er zu seinen Hörern *) — „sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable quand il n'est pas prédominant. — Il y a près de 15 ans que je suis fermement attaché à cette doctrine, et, tout ce que j'ai vu depuis 15 ans, tout ce que je vois journellement, ne fait que me confirmer de plus en plus dans mon opinion."

Dem Beispiele Charcot's folgend, betonen Weir, Mitchel und Playfair die Bedeutung der Isolirung und betrachten dieselbe als ein Haupterforderniss zur erfolgreichen Durchführung der durch sie empfohlenen Mastkur. Nach Burkart**) ist die Isolirung unumgänglich nothwendig und ist immer nach Möglichkeit durchzuführen: . . . . . . „sogar jeder Besuch von Bekannten und selbst jeder ausführliche Briefwechsel mit den Angehörigen über die Art und Weise und über das Gelingen der eingeschlagenen Behandlung bleibt während des grössten Theiles der eigentlichen Kurzeit streng untersagt, damit die einmal in Scene gesetzte Isolirung so vollständig als irgend möglich durchgesetzt werde". Burkart erwähnt noch den Umstand, dass in den Fällen, wo er den Bitten der Kranken und Ange-

*) J. M. Charcot: Leçons sur les maladies du système nerveux, tome III. p. 238.

**) Burkart: Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie.

hörigen nachgebend, die Mastkur zuhause, in der Wohnung der Kranken begonnen hat, dieselbe immer erfolglos blieb. —

Die Isolirung der Kranken und die Ausschliessung der äusseren, schädlichen Einflüsse auf dieselben ist in der geschlossenen Anstalt jedenfalls vollkommener als in einer offenen Spitals-Abtheilung (Inneren oder Nerven-Abtheilung), wo der Kranke täglich Besuche empfangen, brieflichen Verkehr pflegen kann und bezüglich des Verkehrs mit anderen Personen ganz sich selbst überlassen ist. Und dies ist nach meiner Ansicht die eine Ursache der günstigen Wirkung der Anstalt; ausserdem bilden die eigenthümliche Umgebung in der Anstalt, die Disciplin und die dadurch geschaffene Zwangslage der Patienten, die suggestive Kraft der Person des Arztes und das Vertrauen in dieselbe ein Gemisch von Einwirkungen, welche zusammen — wie ich schon oben erwähnte — diejenige Veränderung in der Psyche, im geistigen Leben der Kranken schaffen, welche günstige Autosuggestionen hervorruft und dadurch auch die hysterischen Krankheitserscheinungen günstig zu beeinflussen im Stande ist. —

Dem nächstfolgenden Fall verleiht nicht nur das erreichte günstige Resultat, sondern auch die Seltenheit der Krankheitserscheinungen besonderes Interesse.

Fall II. X. Y., 28 Jahre alt, verheirathet, Schneiderin, wurde am 23. Januar 1900 von der I. chirurgischen Klinik auf die psychiatrische Abtheilung transferirt. Auf die chirurgische Klinik wurde dieselbe wegen habitueller Luxation des Unterkiefers, behufs operativen Eingriffes aufgenommen, aber die wiederholten hysterischen Anfälle und das unruhige Benehmen der Kranken vereitelten die geplante Operation und ergaben die Nothwendigkeit der Transferirung auf die psychiatrische Abtheilung.

Patientin entstammt einer Familie ohne nachweisbare hereditäre Belastung; ihr Vater starb vor $1^1/_2$ Jahren an Herzlähmung, die Mutter vor 25 Jahren an Lungenschwindsucht; 8 Geschwister leben und sind gesund. — Patientin wurde im Elternhause erzogen und war stets gesund. Die Menstruation stellte sich mit 12 Jahren ein und erschien regelmässig, nur seit einigen Jahren ist dieselbe von krampfhaften Schmerzen begleitet und unregelmässig. — Patientin ist seit 13 Jahren verheirathet; diese Ehe war keine glückliche. Gleich im ersten Jahre der Ehe erbte sie eine Krankheit (Lues?) von ihrem Manne; nach einer Schwangerschaft von 8 Monaten kam ein Kind zur Welt, welches nach 14 Tagen starb. Die Geburt war normal, erfolgte aber erst nach langem Kreissen und Patientin erlitt dabei bedeutenden Blutverlust. — Nach einem Jahre wollte sie sich von ihrem Manne gerichtlich scheiden lassen, denn sowohl ihr Mann, als auch ihre Schwiegermutter verursachten ihr durch schlechte Behandlung sehr viel Kummer; auch die Geburt griff ihre Nerven sehr an: es traten Ohnmachten, Herzklopfen, Kopfschmerzen auf. Ungefähr 1 Jahr lebte sie getrennt von ihrem Manne, sodann kehrte sie zu ihm zurück, wurde aber nochmals grob behandelt und da wurde sie noch nervöser, bekam starke „Nervenkrämpfe", Krampfanfälle, und hütete manchmal monatelang das Bett. — $1^1/_2$ Jahre vor ihrer Aufnahme in unsere Anstalt starb ihr Vater und Patientin reiste zum Begräbniss; nach der Rückkunft traten nach 4jähriger Pause abermals Krampfanfälle auf, welche sich nun oft wiederholten; Patientin war immer sehr erregt, zornig, konnte nicht schlafen. In Folge dieses Zustandes nahm sie ihr Mann nach N. Sct. Nicklos und unterbrachte sie im dortigen Spitale. Hier erfolgte zum ersten Male (im Febr. 1899) die Luxation des Unterkiefers während eines Krampfanfalles (Patientin behauptet, eine Wärterin hätte ihren Mund mittelst einem zwischen den Zähnen applicirten Instrumentes gewaltsam geöffnet). Durch 20 Stunden konnte sie den Mund nicht schliessen, bis es endlich gelang, den Unterkiefer zu reponiren; nun aber erneuerte sich die Luxation bei jeder Gelegenheit, auch öfter des Tages und auch unabhängig von den Krampfanfällen, beim Kauen von festen Speisen (Fleisch, Brod) bei Brechreiz u. s. w. — Vom Spital kehrte sie zu ihrem Manne zurück, aber auch hier erneuerten sich die Luxationen und Patientin musste bei jeder Gelegenheit in die nächste Stadt reisen, um ihren Unterkiefer reponiren zu lassen, weil dem Dorfarzte die Reposition überhaupt nicht gelingen wollte. Ende Juli 1899 kam die Kranke auf die chirurgische Klinik; hier wurde ihr Unterkiefer einige Wochen in einem Gypsverband gehalten und sie konnte nur flüssige Speisen zu sich nehmen; seit dieser Zeit suchte sie wiederholt in verschiedenen Spitälern Hilfe gegen ihr Leiden, bis sie endlich im Januar 1900 beschloss, ihren Unterkiefer operiren zu lassen; Patientin fand abermals in der chirurgischen Klinik Aufnahme, und wurde von hier in folgendem Zustande auf unsere Abtheilung gebracht:

Patientin ist von mittlerer Körperhöhe, schwach entwickelt, sehr abgemagert, hat bläuliche Sclerae, angewachsene Ohrläppchen, schwulstige, dicke Lippen. Pupillen sind gleichweit, reagiren lebhaft; feiner Tremor in der Zungenmusculatur und in den Händen. Reflexe stark erhöht; beim Auslösen des Patellarreflexes erfolgt ein Zusammenfahren am ganzen Körper. Das Gefühl für tactile Reize ist überall erhalten. Das

Gesichtsfeld zeigt eine concentrische Einengung mässigeren Grades; der Farbensinn ist normal. Patientin ist sehr suggestibler Natur, Hypnose erfolgt leicht durch verbale Suggestion; nach der Dehypnotisirung treten Schläfrigkeit, Schwindel, Autohypnosen auf.

Stimmung sehr deprimirt, Pat. klagt unaufhörlich; oft treten heftige Krampfanfälle auf (mit dem gewohnten Typus der „grossen hysterischen Convulsionen"), wobei jedesmal die Luxation des Unterkiefers erfolgt, das Kinn sinkt, der Mund bleibt weit geöffnet, die untere Zahnreihe schiebt sich vor die obere, die Mundschleimhaut trocknet aus und verursacht der Patientin, welche gelegentlich jeder derartigen Luxation unbeschreibliche Schmerzen im Gesichte empfindet, grosse Qualen. Die Reposition ist nur durch Aufwand grosser Muskelkraft möglich, wobei eine sehr kräftige tonische Contraction der Kiefermusculatur fühlbar wird. Der Widerstand dieser Musculatur ist bis zur Zeit der vollständigen Lösung des Krampfanfalles so stark, dass die Reposition des Unterkiefers gänzlich unmöglich wird. — Sogar nach der Reposition, zumal ein neuer hysterischer Anfall im Anzug ist, treten im Unterkiefer eigenartige, seitliche Bewegungen auf, und nur durch die kraftvolle Unterstützung des Kiefers und durch das forcirte Zuhalten der Zahnreihen ist eine neuerliche Luxation zu verhüten.

Die benannten Krämpfe und Luxationen des Unterkiefers wiederholen sich mehrmals täglich; dieser Zustand besteht bei der Kranken Monate hindurch unverändert; es werden Bäder, Electricität, Hypnose und Eisen-Arsenpräparate in Anwendung gebracht. Oft treten nächtliche Anfälle mit der unausbleiblichen Luxation auf; und die ständige Schlaflosigkeit, die unaufhörlichen Krampfanfälle und die mit der Reposition einhergehenden Schmerzen erschöpfen die Kranke vollständig. Noch im Monate Juli ist die Luxation eine fast tägliche, Patientin schlaflos, oft von Krämpfen befallen, weint unaufhörlich, geht mit Selbstmordgedanken herum und begeht einige Male auch Versuche von Suicidium. Anfangs August schliesslich tritt eine auffallende Besserung ein, Patientin nährt sich besser, nimmt zu, die Krampfanfälle und die damit verbundenen Luxationen bleiben aus. Am 1 October 1900 verlässt Patientin in bestem Wohlbefinden die Anstalt, wo sie während ihres 8 monatlichen Aufenthaltes 13 kg an Körpergewicht zugenommen hat. —

Seitdem verging mehr als $1\frac{1}{2}$ Jahr, ohne dass sich — wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte — die Unterkieferluxation wiederholt hätte. Zwar besteht die Nervosität noch weiter und verursacht der Kranken besonders zur Zeit der Menses Unannehmlichkeiten (Ohnmachten, unbedeutendere Krampfanfälle), dieselben sind aber bei Weitem nicht so hochgradig, wie vormals; die Luxationen aber blieben gänzlich aus. —

Der beschriebene Fall, in welchem die ausdauernde Behandlung in der geschlossenen Anstalt von wahrlich eclatantem Erfolge war, erhält hauptsächlich durch die Unterkieferluxationen Interesse. Diese bilaterale Kiefergelenks-Luxation erfolgte bei der Kranken zum ersten Male anlässlich eines hysterischen Krampfanfalles, angeblich dadurch, dass der Mund der Patientin behufs Verhütung des Lippen- und Zungenbisses übermässig geöffnet wurde. In der That kann die excessive Entfernung der beiden Zahnreihen (übermässiges Oeffnen des Mundes, Kauen grosser Bissen, Gähnen, etc.) die Luxation des Unterkiefers herbeiführen und bekanntlich neigen solche Luxationen zu Wiederholungen. Ferner ist erwiesen, dass das Kiefergelenk eines jener Gelenke ist, bei denen forcirte Muskelbewegung ebenfalls eine Luxation zu verursachen im Stande ist; und derartige Muskelbewegungen sind in Betracht zu ziehen, wenn wir die oben beschriebenen Luxationen mit den hysterischen Anfällen der Patientin in Zusammenhang bringen wollen. Und dieser Zusammenhang ist sehr wahrscheinlich, wenn wir den Verlauf der Krankheit betrachten, welchem zu entnehmen ist, dass die Luxationen gewöhnlich mit diesen Anfällen einhergingen (nur selten und ausnahmsweise auch ohne diesen) und dass dieselben parallel mit den Anfällen und successive ausgeblieben sind. Während der Anfälle hatte ich öfter Gelegenheit, die Mechanik der Luxation zu beobachten, wobei der soeben reponirte Unterkiefer inmitten eigenthümlicher Seitenbewegungen erst auf der einen, dann schnell auf der anderen Seite aus dem Gelenke sprang, eine Wirkung, welche durch die alternirende Contraction der Kiefermusculatur zu erklären wäre, wobei besonders durch die Action des Musc. pterygoid. extern. das Gelenksende des Kiefers über dem tuberculum articulare nach vorne springt und wenn dies auf der einen Seite schon erfolgt ist, springt der processus condyloideus der anderen Seite infolge der schnellen Contraction der betreffenden Musculatur noch leichter und beinahe in demselben Augenblicke aus dem Gelenk.

In der Symptomatologie der Hysterie sind sehr viele Analogieen solcher localen Muscelcontractionen aufzufinden und bekanntlich gehören solche isolirten Muscelcontractionen, entweder vorbeigehende Spasmen, oder anhaltende Contracturen zu den öfter vorkommenden Symptomen der Hysterie. Ich fand in der mir zur Verfügung stehenden Litteratur über die bei hysterischen Kranken vorkommenden Kieferluxationen nur in Zusammenhang mit dem hysterischen Gähnen

Aufzeichnungen in dem Sinne, dass das übermässige Oeffnen des Mundes beim hysterischen, krampfhaften Gähnen manchmal die Unterkiefer-Luxation erwirken kann*): „Ce qui est exagéré, par exemple, c'est l'amplitude de l'écartement des mâchoires porté a son maximum, au point qu'il part se produire une luxation des mâchoires et des phénomènes inflammatoires du côté des articulations temporo-maxillaires".

Später wiederholten sich die Luxationen schon öfter und zuweilen auch unabhängig von den Krampfanfällen (übermässiges Oeffnen des Mundes, Kauen grösserer Bissen), welcher Umstand durch die Relaxation der Gelenkkapsel und durch die Neigung solcher Luxationen zu Wiederholungen erklärlich wird; immer aber waren es die hysterischen Anfälle, welche die Luxationen in erster Linie herbeiführten. Dies war die Ursache, dass auch die therapeutischen Eingriffe besonders die Behandlung des Nervensystems der Kranken zum Ziele hatten, und dieser Umstand drängte die chirurgischen Indicationen (Resection der Kieferenden) gänzlich in den Hintergrund; der Erfolg zeigt, dass ein chirurgischer Eingriff in diesem Falle überhaupt nicht angezeigt war.

Ich wäre geneigt, auch das in diesem zweiten Falle erreichte, gute Resultat in erster Linie der Anstalt zuzuschreiben. Alles, was ich oben von der suggestiven Wirkung der Anstalt sagte, erwies sich in noch höherem Maasse in diesem besonders hartnäckigen Falle, welcher mehr als 1 1/2 Jahr jeder Behandlung trotzte, und ich könnte über die Art dieser Wirkung nur wiederholen, was ich diesbezüglich schon in Zusammenhang mit dem ersten Falle gesagt habe.

Es wäre aber ein grosser Fehler, diesem Princip der Behandlung ein zu weites Feld einzuräumen, denn auch unter den schweren Fällen von Hysterie giebt es nur eine gewisse Zahl, wo die geschlossene Anstalt von guter Wirkung ist, Fälle, bei welchen die Fernhaltung schädlicher psychischer Einflüsse, die strenge ärztliche Controlle, die ständige Leitung und Führung der willensschwachen Hysterischen die unausgesetzte Gegenwart des Arztes nothwendig machen. Hierbei ist strenge Individualisirung Aufgabe des Arztes, denn es giebt Hysterische, bei welchen die geschlossene Anstalt von schlechter Wirkung ist; in diesen Fällen ist schnelle Entlassung am Platze, solche Kranke sollen je nach Bedarf in eine ihrem Zustande entsprechende Umgebung befördert werden. Es ist interessant, dass unter den Hysterischen, welche auf unserer Abtheilung behandelt wurden, besonders bei den weniger intelligenten Elementen ein günstiger Erfolg zu erreichen war, ein Umstand, welchen ich ebenfalls auf Ursachen suggestiver Natur zurückzuführen geneigt wäre. —

*) Gilles de la Tourette: Traité pratique et thérapeutique de l'hysterie, tome III.

Mittheilungen.

— **Ländliche Kranken- und Armenpflege.** (Landgericht Augsburg.) Im September v. Js. hatte ein Artikel der „M. N. N.", der sich mit der Misshandlung des geisteskranken Armenhäuslers Leix in Welden befasste, eine ziemlich heftige Zeitungsfehde südbayerischer Blätter erregt. Der Fall kam vor der Strafkammer in Augsburg zur Verhandlung. Angeklagt ist der 17 jährige Tagelöhnerssohn und Schuhmachergeselle Gg. Kraus von Welden, der am 6. September, früh nach 6 Uhr, beim Vorübergehen am Armenhaus bemerkt hatte, dass sich der dort untergebrachte Geisteskranke Leix bei offenen Fenstern, nur mit einer Schultern, Brust und den oberen Theil des Rückens bedeckenden Zwangsjacke bekleidet, ausserhalb seines Bettes herumtrieb. Kraus trat in das Haus, um den Geisteskranken zu Bett zu schaffen. Beim Eintritte rüstete er sich, angeblich nur zum eigenen Schutze, mit einem etwa 60—70 cm langen kantigen Prügel aus, mit dem er nach dem Eröffnungsbeschluss dem Leix, um ihn fügsam zu machen, mehrere Schläge über den nackten linken Oberschenkel versetzt haben soll. Der Angeklagte leugnet das, wird aber durch die bestimmten Aussagen eines Hauptmanns des damals in der Gegend übenden 1. Feld-Art.-Regiments und verschiedene andere Zeugen überführt. Die Zeugen stellen fest, dass das Zimmer, in dem Leix untergebracht war, sich in einem wahrhaft scheusslichen Zustande befunden habe. Die ganze Einrichtung habe aus einer Bettstelle mit einer Lage Häcksel und einer Decke bestanden. Für den Kranken war eine Pflegerin bestimmt, die sich aber nicht allzuviel um ihn sorgte. Die übrigen Dorfbewohner bekümmerten sich wenig um ihn, und wenn einmal, dann in nicht gerade liebevoller Weise. Ein als Zeuge vernommener Artillerieleutnant erhielt auf seine entrüstete Frage, wie man denn dazu komme, den Geisteskranken so zu behandeln, von einer Frau die Antwort: „Ja, dös is a Varrückta, dem g'hör'n alle Tag Prügel!" Bezeichnend ist es, dass der Bürgermeister eigens ausschellen lassen musste, niemand dürfe den „Varrückt'n" schlagen und der Geistliche dies Verbot in der Predigt wiederholen musste. Als Milderungsgrund liess die Strafkammer gelten, dass Kraus den Leix nur deshalb mit Gewalt ins Bett bringen wollte, um den zahlreich herumstehenden Kindern den Anblick des nackten Mannes zu entziehen, und verurtheilte deshalb den Angeklagten zu der immerhin gelinden Geldstrafe von 30 M. event. 6 Tagen Gefängniss. (Münch. N. Nachr.)

— **Der Berliner Verein zur Besserung entlassener Strafgefangener** hielt am Montag unter dem Vorsitz des Oberstaatsanwalts am Kammergericht, Geh. Rath Wachler, seine Monatssitzung und daran anschliessend eine Directorialsitzung ab, in welch letzterer Polizeipräsident v. Borries in das Directorium des Vereins gewählt wurde. Den Hauptgegenstand der Tagesordnung bildete die Antwort des Medicinalraths Dr. Leppmann über die in der letzten Versammlung angeregte Frage, ob der Verein gewisse geisteskranke Strafentlassene in Arbeit auf das Land schicken darf. Der Vortragende leitete seine Ausführungen mit einem historischen Rückblick auf die Entwickelung der Behandlung des Irrenwesens ein. Es seien bei diesen Kranken drei Gruppen zu unterscheiden, solche welche ganz gesund geworden, ferner defect Geheilte, welche man mit einem gewissen Fragezeichen aufs Land in Arbeit bringen dürfe, und drittens solche, welche unter keinen Umständen verschickt werden dürfen. Für die zweite Gruppe, die sogenannten Schwachsinnigen, erweist sich eine geregelte Armenpflege, wie sie Berlin besitzt, und die noch nicht genügend anerkannt worden, als besonders segensreich; die erzielten Resultate seien als ganz ausgezeichnete zu nennen. Leider habe man auf dem platten Lande für die armen Geisteskranken bisher noch keine Spur von Verständniss. Es frage sich nun, ob hier nicht der Verein unter Erweiterung seines Wirkungskreises die Hand bieten möchte. Es sei zweifellos, dass sich unter Gewährung eines Zuschusses Bauern finden würden, die solche Schwachsinnigen in Pflege und Arbeit nehmen würden. Besonders empfehlenswerth wäre eine solche Behandlung der Irrenfrage für unsere Vororte, namentlich für Rixdorf, das den grössten Procentsatz geistig Minderwerthiger aufweist. Für die dritte Gruppe von Kranken, welche meist aus Trinkern hervorgeht, fehlt noch die nöthige Organisation unserer Trinkerheilanstalten. Für Berlin und Charlottenburg sind seit Inkrafttreten des Gesetzes nur ca. 20 Entmündigungen ausgesprochen worden. Referent empfiehlt dem Verein, geisteskranke Strafentlassene vor ihrer Verschickung ärztlich untersuchen zu lassen, und erklärte sich Medicinalrath Dr. Leppmann zu solchen Untersuchungen bereit, wie er andererseits auch noch Specialkollegen hierzu veranlassen will.

— **Krankenhausbauten in Chemnitz**. Zur Bearbeitung der genaueren Pläne für die von den städtischen Collegien beschlossene psychiatrische Anstalt ist die dauernde Fühlung des Hochbauamtes mit dem künftigen Leiter dieser Anstalt, sowie die gemeinsame Besichtigung verschiedener Musteranstalten dieser Art dringend erwünscht. Der Rath beschloss deshalb, schon jetzt dieser Frage näher zu treten und designirt auf Vorschlag des Krankenpflegeausschusses für die Stelle des Oberarztes der psychiatrischen Anstalt vorbehältlich der Bestimmung des Termins der Anstellung Herrn Dr. med. Hüfler hierselbst.

— **Baden.** Nach einer Mittheilung des Grossh. Ministeriums des Innern werden die Kosten für die Erwerbung des Geländes zur Erbauung einer Landes-Irrenanstalt bei der Station Reichenau in den Staatsvoranschlag für das Jahr 1904 eingestellt werden.

Referate.

— Alt. Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen*) in Deutschland. Halle a. S. Carl Marhold. 1903. Pr. 1,50 Mk.

Zu diesem auf dem internationalen Congress zu Antwerpen am 1. September 1902 gehaltenen Vortrag hat A. das Unterlagematerial den speciell hierfür gegebenen amtlichen Berichten aus den einzelnen deutschen Ländern und Provinzen entnommen.

Das bekannte Gesetz vom Jahre 1891, welches den preussischen Landarmenverbänden die Fürsorge für die geistig Gebrechlichen auflegte, liess eine plötzliche Vermehrung der Anstaltsplätze verlangen und führte, um die Anstalten etwas zu entlasten, in der Folge dort zu einer intensiveren Einführung der Familienpflege als im übrigen Deutschland. Allein in Preussen wurden in den letzten 2—3 Jahren von 14 Anstalten Versuche mit dieser gemacht; sie führten im Allgemeinen, von einzelnen Misserfolgen abgesehen, wobei zweifellos äussere Factoren ausschlaggebend waren, zu guten Erfolgen, gaben die Gewähr, dass die Familienpflege auch im modernen Wirthschaftsleben bei uns eine Zukunft hat, und zwingen andererseits gemäss dem Griesinger'schen Ausspruch, dass selbst die best organisirte und geleitete Anstalt jene nicht zu ersetzen vermag, wo immer es die örtlichen Verhältnisse gestatten, zu deren Einrichtung. Die Familienpflege ist billiger, erhält und erweckt das Interesse zur Beschäftigung, bewahrt eine gewisse persönliche Selbständigkeit, welche im uniformen Anstaltsleben leicht verloren geht, in ihr fühlen sich die Kranken wohler und freier; jedenfalls entzieht sie auch der Anstalt nicht Arbeitskräfte, sondern trägt vielmehr zur „Heranbildung neuen Nachwuchses" bei. — Abweichend von den bisherigen Versuchen hat Alt-Uchtspringe die Einführung der Familienpflege unterstützt durch Erbauung von Doppelhäusern für je zwei Pflegerfamilien mit gleichzeitigem Platz für je 3 Kranke. Die Familien zahlen nur relativ wenig Miethe unter der Voraussetzung, dass sie Kranke zu sich nehmen, für welche sie pro Tag 60 Pfg. Pfleggeld erhalten. So ist allmählich 1,5 Kilometer von der Anstalt entfernt ein kleines Dörfchen entstanden, in welchem 39 Pfleglinge untergebracht sind, und der Erfolg war ein derartiger, dass sowohl zahlreiche Wünsche um Ueberlassung von Pfleglingen aus der Umgegend laut wurden, als auch die Provinz Sachsen 1000 nach Alt's Vorschlägen die Errichtung zweier Landesasyle mit je 150 Betten zur Einführung der Familienpflege beschloss, deren eines (Jerichow) etwa nach Jahresfrist schon 80 Pfleglinge in Familien untergebracht hatte. — Vielfach haben sich nach den bisherigen Erfahrungen die Familien früherer Wärter und Wärterinnen als besonders ge-

*) Da man längst bestrebt ist, die vielen Menschen peinlichen Worte „geisteskrank" „Irre" durch eine andere Bezeichnung zu ersetzen, wäre Alt's Vorschlag zu erwägen, hierfür das früher bei uns und noch jetzt in Belgien und Holland gebräuchliche Wort „Kranksinnig" zu wählen, dessen Bildung uns durchaus nicht fremd ist (tief-, schwach-, wahnsinnig).

eignet erwiesen. Eine grössere Zahl Kranker in einer Familie wird man vermeiden, da sonst der Character der Familienpflege verloren geht. Aus den verschiedensten Gründen wird man auch eine grössere Entfernung von Grossstädten wählen. Sommer glaubt, dass man die Familienpflege recht wohl einer psych. Poliklinik angliedern könne. Jedenfalls müssen die Pfleglinge unter ärztlicher Aufsicht bleiben und deshalb ist die organische Beziehung zu einer ärztlichen Controlle (Anstalt oder Asyl) dringend zu empfehlen, welcher sowohl die Begutachtung bei Auswahl der Pfleglinge und Pflegerfamilien, wie auch deren Unterweisung, Hilfe in vorkommenden Fällen und die leitende Controlle obliegt. Wichtig für eine gedeihliche Entwickelung der Familienpflege ist, dass das Pflegegeld den örtlichen Verhältnissen entsprechend so bemessen ist, dass die Pflegerfamilien auch ein reales Interesse daran gewinnen, Kranke bei sich aufzunehmen. So erwächst jenen aus der Familienpflege zugleich eine regelmässige Einnahmequelle, welche wirthschaftlich nicht ohne Werth ist. Andererseits hat sich auch gezeigt, dass die Familienpflege eine grössere Sauberkeit und Ordnung in die Pflegerfamilie brachte, welche häufig der Ausdruck besserer wirthschaftlicher Verhältnisse sind. — Von Interesse ist der dem Vortrage beigegebene, dem Landeshauptmann der Provinz Sachsen erstattete erste Bericht über die Familienpflege in Jerichow.

Die Art der familiären Unterbringung von Geisteskranken ist zweifellos weit besser, zweckentsprechender, grösseren Erfolg verbürgend als jene, wenn die öffentlichen Verwaltungen ihre Kranken geistlichen — sei es katholischen oder protestantischen — Genossenschaften übergeben und so glücklich überwundene Zustände wieder heraufbeschwören helfen, denn nur die streng naturwissenschaftliche Auffassung der Psychosen und ihrer Erscheinungsformen verbürgt die humane Behandlung der geistig Kranken. Kellner-Untergöltzsch.

— Schoen, Kopfschmerzen und verwandte Symptome. Wien 1903. Perles.

Es genügt hier eine Inhaltsangabe der 51 Seiten enthaltenden Schrift. Nachdem Verfasser die Eintheilung der Arten des Kopfschmerzes von Windscheid, Fuchs und eine dritte gegeben hat, führt er aus: I. Begriff und Arten des Kopfschmerzes. II. Die objectiven Träger der Schmerzempfindung. III. Der subjective Ort oder die Localisation der Schmerzempfindung. IV. Unmittelbare Reizung. V. Uebertragene Reizung. A. Erste Vermittlungsvorgänge: a) Erhöhung des intrakraniellen Druckes, b) Gefässmuskelkrampf, c) Synästhesien. Ausstrahlung von sensiblen auf sensible Nerven. B. Zweite Vermittlungsvorgänge: a) Erhöhung der Körperwärme, b) Chemische Einflüsse (von den fertig in den Körper gelangenden Giftstoffen erzeugen die meisten den Kopfschmerz durch Gefässverengerung, hierzu gehört der Alkohol), c) Reflexe, Synkinesen, Ausstrahlungen von sensiblen und motorischen auf vasomotorische Nerven. C. Umstände, welche die Ausstrahlung begünstigen. VI. Die Reizursprungsstellen. A. Am übrigen Körper mit Ausnahme des Kopfes. B. Die Reizursprungstellen am Kopfe, das Gehirn ausgenommen. C. Reizursprung im Gehirn: Innervationskopfschmerzen, a) Begriff und Entstehungsweise der Innervationskopfschmerzen (diese Kopfschmerzstelle muss als Eigenthümlichkeit des Auges gelten), b) Ursachen krampfhafter Innervation sind Uebersichtigkeit, schlechte Körperhaltung und Beleuchtung, asymmetrische Krümmung der Hornhaut, Weitsichtigkeit, Presbyopie, Alterssichtigkeit, Ueberanstrengung der Musculi recti, Ungleichheit beider Augen, Anisometrie, verschiedene Höhenlagen der Augen, Höhenscheiden, ungewöhnliche Arbeitshaltung, c) die Erzeugung des Kopfschmerzes geschieht durch schmerzhaftes Fühlbarwerden der Innervation selbst, durch Synästhesie mit synkinetisch erzeugtem Muskelschmerz, durch synkinetischen Krampf der Hirngefässe, d) aus den aufgezählten Symptomen setzen sich vielgestaltige Krankheitsbilder zusammen, leichtere und schwerere Formen, manche Neurasthenie, sehr viele Migränefälle; interessant ist hier, dass S. betont, dass jeder Fall von Epilepsie auf Augenfehler zu untersuchen sei. VII. Diagnose. VIII. Behandlung, ätiologische und symptomatische. „In zweifelhaften Fällen kann man behufs Ausschaltung der Ursache selbst Alkohol . . . verbieten". (Warum so zaghaft!) „Nach Ausgleichung der Augenfehler werden alkoholische Getränke, selbstverständlich in nicht ungewöhnlicher Menge, wieder anstandslos ertragen." (Eine nicht ungewöhnliche Menge Alkohol ist zu unbestimmt ausgedrückt. Der Kranke bestimmt sich diese Menge selber, wenn der Arzt ihm — zu wenig erlaubt.) „Bei ablaufender Alkoholwirkung hilft der Alkohol selbst wieder" (Wozu?).

Das Werkchen ist anregend und empfiehlt sich zum Nachlesen. J. S. Mascher-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— Unserem sehr verehrten Herrn Mitherausgeber, dem Privatdocenten der Psychiatrie an der Würzburger Universität, Dr. Weygandt, wurden aus der Cramer-Klett-Stiftung 1500 M. zur Erforschung des Kretinismus in Franken zuerkannt.

— Herrn Dr. med. Bruns, Nervenarzt in Hannover, ist der Charakter als Professor verliehen.

☛ Statistische Kommission des Vereines deutscher Irrenärzte. ☚

Die statistische Kommission wird auf der Versammlung in Jena am 20./21. April 1903 den Bericht über ihre bisherige Thätigkeit erstatten. Diejenigen Herren Collegen, die noch Mittheilungen aus dem wiederholt umgrenzten Interessengebiet der Kommission zu machen haben, werden dringend gebeten, dieselben **spätestens bis zum 28. März** an die Adresse von **Prof. Hoche, Freiburg i. Br.** gelangen zu lassen.

☛ Der heutigen Nummer liegt das Programm für den IX. Internationalen Kongress gegen den Alkoholismus (Bremen, 14.—19. April 1903) bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Prof. Dr. **G. Anton**, Graz, Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Direktor Dr. **van Deventer**, Meerenberg (Holland), Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin, Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin, Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom, Dr. **P. J. Möbius**, Leipzig, Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien), Direktor Dr. **G. Olah**, Budapest, Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine), Professor Dr. **Ernst Schultze**, Andernach, Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland), Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Privatdocent, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 244.

Nr. 52. | 28. März. | 1903.

Die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift erscheint jeden Sonnabend in Stärke von 1—2 Bogen und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6405), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Manisch-depressives Irresein und circuläre Paralyse.

(Aus einer klinischen Vorlesung.)

Von Priv.-Doc. Dr. *Alexander Bernstein*, Director der Centralaufnahmestation für Geisteskranke in Moskau.

Es giebt eine eigenthümliche Verlaufsart der progressiven Paralyse, welche für die Diagnose ganz besondere Schwierigkeiten darbietet.

Kurze Zeit nach der luetischen Infection — etwa 3—4 Jahre, manchmal auch früher — entwickelt sich bei dem bisher völlig psychisch gesunden Individuum eine Seelenstörung, welche unter dem verhältnissmässig harmlosen klinischen Bilde einer circulären Psychose verläuft; von Letzterem gar keine oder fast keine Unterschiedsmerkmale darbietend, äussert es sich bald in einer manischen, resp. hypomanischen Erregung, bald in einer depressiven Hemmung, bald in einem Mischzustande des circulären Stupors, der agitirten Depression u. s. w. Ganz analog

der Verlaufsart des manisch-depressiven Irreseins mit seinen periodisch resp. cyclisch verlaufenden Episoden, zeigen auch diese psychotischen Erkrankungen gewöhnlich einen intermittirenden Typus, indem jede einzelne Erkrankung mit einem offenbar völligen Zurücktreten aller pathologischer Erscheinungen schliesst und eine Tendenz zu Recidiven zeigt. Obwohl sich in manchen Fällen während der psychotischen Periode einzelne für die Paralyse charakteristische physische Merkmale constatiren lassen — wie z. B. Pupillendifferenz oder träge Lichtreaction, Störung der Kniereflexe, der Sprache oder der Schrift, verschwinden auch diese Zeichen manchmal mit dem Eintritt der psychischen Besserung.

Das psychische Gleichgewicht, sowohl auf intellektuellem, wie auf emotionellem Gebiete, wird dabei in solchem Maasse wiederhergestellt, dass die entlassenen Patienten, in ihre gewöhnlichen Verhältnisse zurückgekehrt, ihre verantwortlichen dienstlichen oder professionellen Pflichten tadellos erfüllen können; die Remissionen zwischen den einzelnen Perioden können jahrelang dauern ohne bemerkbare Defecte aufzuweisen; und erst mit der fatal eintretenden Wiederkehr solcher Erkrankungen, stellen sich allmählich die physischen und psychischen Stigmata der Paralyse stabil ein und beherrschen das allgemeine Krankheitsbild.

Solche Verlaufsart nach dem Typus einer circulären Psychose lässt sich besonders häufig bei Fällen von sogenannter Taboparalyse beobachten; es sind Fälle, welche sich klinisch durch das Vorhandensein von tabischen Symptomen (Fehlen der Kniereflexe, Romberg's Phänomen, lancinirende Schmerzen u. s. w.) unterscheiden. In diesen Fällen sind die Intervalle zwischen den einzelnen psychotischen Erkrankungen auffallend lang und die Remissionen — oder besser gesagt Intermissionen — besonders weitgehend. Die terminale Periode der Paralyse scheint in diesen Fällen sehr weit zurückgeschoben zu sein; aber in Wirklichkeit ist eine solche Annahme eigentlich kaum berechtigt.

Die durchschnittliche Dauer einer typischen Paralyse wird jetzt gewöhnlich mit 4—6 Jahren berechnet; da die Paralyse am häufigsten 8—15 Jahre nach der stattgehabten Infektion ausbricht, so beträgt die Dauer zwischen dem primären Ulcus und dem Tode des Paralytikers 12 bis 20 Jahre. Wenn wir uns aber vergegenwärtigen, dass der Ausbruch derjenigen Erkrankungen, von denen hier die Rede ist, ziemlich bald nach der Infection geschieht, so versteht sich von selbst, dass in diesen Fällen die allgemeine Krankheitsdauer 10 bis 18 ja 20 Jahre betragen kann, ohne sich dadurch von der Dauer der Durchschnittsfälle grundsätzlich zu unterscheiden. Und solchen quasi protrahirten Fällen mit circulärem Verlauf begegnen wir in Wirklichkeit, wenn wir die Gesammtdauer der Krankheit von der ersten psychotischen Erkrankung ab berechnen und dieselbe nicht als eine zufällige, nicht mit der Grundkrankheit zusammenhängende, Episode betrachten.

Der langen Dauer und den tiefen Remissionen, die diese Verlaufsart darbietet, haben wir es wahrscheinlich zu verdanken, dass bis jetzt hie und da von einzelnen Autoren von geheilten Fällen von Paralyse gesprochen wird; auch die „manie paralytique" von Baillarger und die „Pseudoparalyse" von Fürstner scheint mir in diesem Sinne gedeutet werden zu dürfen: es handelt sich dabei wohl um Fälle, welche nicht bis zu ihrem natürlichen Ende verfolgt wurden und welche in den Intermissionen auch ihre physischen Stigmata vorübergehend verloren haben. Andererseits geben solche circulär verlaufende Fälle Anlass, von einer Combination (oder sogar Complication!) des manisch-depressiven resp. periodischen Irreseins mit der Paralyse zu sprechen. Um aber von einer solchen Combination mit Recht sprechen zu dürfen, ist es nothwendig zu beweisen, dass das betreffende Individuum wirklich circulär war und nicht von vornherein an einer Paralyse gelitten hat, dass also diejenigen Episoden circulärer Art, welche dem ausgesprochenen Bilde der Paralyse vorausgingen, wirklich idiopathischer Natur waren und nicht eine Initialerscheinung des definitiven Leidensvorboten.

Nach dem Gesagten leuchtet es ein, dass es bei der ziemlich genauen Identität beider Zustandsbilder sehr schwierig, ja unmöglich ist, ein objectives, zuverlässiges Criterium aufzufinden, welches uns erlaubt hätte die Frage nach der einen oder der anderen Richtung zu entscheiden. Einerseits fehlen häufig den Initialerkrankungen der Paralyse die physischen Merkmale ganz, oder es lassen sich nur so vieldeutige Zeichen auffinden, wie etwa Pupillendifferenz, gesteigerte Kniereflexe, Tremor u. s. w., andererseits aber lassen sich manchmal auch in circulär-manischen Zuständen vorübergehende Sprachstörungen, Schwindel etc. beobachten, wie das von Kirn, Korsakoff, Régis u. A. betont wird.

Die Frage von der Combination einer circulären Psychose mit der Paralyse ist nicht nur eine rein wissenschaftliche Frage, deren Lösung nur einen akademischen Werth hat; ihr praktischer Zweck liegt in der Möglichkeit, eine richtige Diagnose am Krankenbett zu stellen und voraussagen zu können, ob der Patient sein Leben lang circulär bleiben, oder aber

noch vor zwei Decennien paralytisch sterben wird. Wie wir soeben gesehen haben, sind aus dem Zustandsbilde ziemlich oft die diagnostischen Schlüsse nicht zu ziehen; das Alter ist auch wenig maassgebend, da bekanntlich die circuläre Psychose im beliebigen Alter, also auch in den dreissiger Jahren, einsetzen kann.

Glücklicher Weise haben wir, wie mir scheint, ein einfaches klinisches Mittel, dieser Aufgabe näher zu treten: das ist die Syphilis. Wenn ein ausgesprochen circulärer Patient syphilitisch inficirt und eventuell 10 Jahre später eine typische Paralyse aufweisen würde, so wäre ein solcher Fall mit grossem Recht im Sinne einer Combination zu deuten, in welche die Lues als Verbindungsglied eingetreten ist. Ein Fall von der Formel — Circuläre Psychose — Lues — Progressive Paralyse würde für die Combinationsfrage eindeutig entscheidend sein.

Es ist merkwürdig und kaum einem Zufall zuzuschreiben, dass bis jetzt kein derartiger Fall in der psychiatrischen Litteratur verzeichnet wurde; offenbar erkranken die mit Lues inficirten circulären Patienten nicht an progressiver Paralyse. Diese Thatsache scheint um so auffallender, als die Circulären während der manischen Phase oft genug erotisch gestimmt und zu sexuellen Ausschweifungen geneigt sind, und somit besonders günstige Gelegenheit zum Inficiren darbieten; ohne diesen unbegreiflichen Antagonismus zwischen beiden Krankheiten, würde die Complication des manisch-depressiven Irreseins mit Paralyse sicher eine alltägliche Erscheinung darbieten.

Pilcz, welcher, soviel ich weiss der erste, seine Aufmerksamkeit darauf vorübergehend gerichtet hat, schreibt: „Es ist eine auffallende Thatsache, dass periodisches Irresein und progressive Paralyse einander gewissermaassen ausschliessen".*) Dabei lässt aber Pilcz die Zeit der primären Infection ganz ausser Acht, was methodologisch kaum zulässig ist. Erstens weist seine Darstellung den logischen Fehler der Petitio principii auf: diejenigen Fälle, welche in eine ausgesprochene Paralyse ausliefen, werden dabei von selbst aus der Rubrik der periodischen ausgeschlossen, indem sie als circulär verlaufende Paralyse gedeutet werden, und somit auch der Satz, dass, wo eine Paralyse vorhanden ist, keine circuläre Psychose vorausgehen konnte, dieser Satz, welcher zu beweisen ist, wird als gegeben angenommen. Andererseits aber werden zu Beweiszwecken auch solche Fälle angeführt, welche noch lange nicht abgelaufen und welche somit in diagnostischer, resp. prognostischer Hinsicht zweifelhaft sind.

*) Alexander Pilcz: Die periodischen Geistesstörungen. Jena. Fischer. 1901. S. 184.

So steht z. B. der Sachverhalt bei dem Kranken der Beobachtung Nr. 4 von Pilcz, von welchem er selbst bemerkt, dass „der Zeitraum nach der luetischen Infection nicht gross genug ist, um mit Sicherheit sagen zu können, dass eine Erkrankung an Paralyse nicht noch möglich gewesen wäre" (l. c.); allerdings wird bei der Beschreibung des Falles darauf hingewiesen, dass „schon während des ersten Anfalles eine Differenz der gut reagirenden Pupillenstarre bemerkt wurde". Pat. ist gegenwärtig 38 J. alt; erste Erkrankung vor 11 Jahren.*) In der Beobachtung Nr. 23 beträgt die Krankheitsdauer 14 Jahre (Pat. ist 40 J. alt); vor sechs Jahren eine Hemiplegia sinistra, welche nur zum Theil zurückging; zunehmende Verblödung.**) In den beiden übrigen Lues-Fällen von Pilcz ist die Zeit der Infection nicht bekannt.

Es ist somit selbstverständlich, dass die Frage nach der Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Combination des circulären Irreseins mit der Paralyse auf Grund derjenigen Fälle, wo die Lues dem Ausbruch des circulären Bildes vorausging, nicht zu entscheiden ist; das Vorhandensein einer Combination nach der Formel — Lues — circuläre Psychose — progressive Paralyse — kann immer mit gewissem Recht auf eine einfache circulär verlaufende Paralyse zurückgeführt werden. Die Möglichkeit einer Combination würden nur solche Fälle beweisen, in denen sich die Gesammtkrankheit nach der zuerst oben angeführten Formel — Circuläre Psychose — Lues — Paralysis progressiva — entwickelt hätte. Wie gesagt, wurde bis jetzt ein derartiger Fall nicht beschrieben und es kann somit, bis das Entgegengesetzte nicht bewiesen ist, die klinische Behauptung als geltend behalten werden, dass die luetische Infection einem von vornherein circulären Kranken nicht mit einer späteren paralytischen Erkrankung droht.

Nach dem Gesagten leuchtet es ein, welche tiefgreifende Bedeutung die Beschreibung eines derartigen Falles haben würde; ein solcher Fall müsste der strengsten Kritik Widerstand leisten und auf das Sorgfältigste geprüft werden; er müsste allen Anforderungen entsprechen, die einem Experimentum crucis gestellt zu werden pflegen. Ein derartiger Fall, — der einzige in der Litteratur — wurde vor kurzem hierselbst von Lundborg veröffentlicht***) und wollen

*) Ibid. S. 32—33.

**) Ibid. S. 94.

***) Herman Lundborg: Dementia paralytica bei einem Ehepaar. „Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift". 1902. Nr. 27 bis 28.

wir ihm nun die ganze Aufmerksamkeit widmen, welche seine Sonderstellung verdient.

Es handelt sich um das Ehepaar N. N. Der Mann verheirathete sich im Alter von 26 Jahren; mit 40 Jahren hatte er „eine kleine Gehirnblutung gehabt (Ohnmachtsanfälle, Parese in den Gesichtsmuskeln der einen Seite)". $1 \frac{1}{2}$ Jahr darauf wurde er tiefsinnig, „litt an Kopfschmerzen und Schwindel und hatte deutliche Symptome von Tabes dorsalis". Sein Zustand verschlechterte sich immer, er war völlig abgestumpft und starb im Alter von etwa 42 Jahren. Lundborg hat den Kranken selbst nicht beobachtet und benutzt eine briefliche Mittheilung über ihn von einem Arzte, welcher den Patienten unregelmässig behandelt hatte. Aus dieser Mittheilung schliesst Lundborg mit grösster Wahrscheinlichkeit, dass N. N. an Tabes wie Dementia paralytica gestorben ist, dass er Lues gehabt hat und damit vermuthlich seine Frau inficirt hatte.

Die Frau N. N. bildet den Mittelpunkt des Interesses. „Von ihrem 14. Jahre an hat Pat. Anfälle von Geisteskrankheit (Mania per.) 3 mal alljährlich während eines oder mehrerer Monate gehabt". Im Alter von 31 Jahren verheirathet, hatte sie zuerst einen Missfall (auf einer Seereise bei hoher See). Darnach hatte sie 4 Kinder, welche noch leben, und darauf wieder 5 Missfälle. Es sei nebenbei bemerkt, dass, trotzdem ein grosser Theil ihres Lebens im Krankenhause verlief, bei ihr nie etwaige Erscheinungen luetischer Natur beobachtet worden waren und sie selbst weiss nichts von einer venerischen Krankheit, weder bei sich selbst noch beim Manne. Mit 51 Jahren stellten sich bei ihr, bei Ausbruch einer Unruheperiode, zahlreiche epileptiforme Anfälle ein, welche sich später öfters wiederholten. Während der kurzen ruhigen Perioden ist Pat. in den letzten Jahren „stumpf und gleichgültig, aber recht geschwätzig geworden".

Jetzt ist Pat. 53 Jahre alt. „Die rechte Pupille ist etwas kleiner, als die linke und reagirt langsamer". Keine Sensibilitätsstörungen. In den Händen und der Zunge „ein gewisser Grad von Tremor". „Im Gesicht dann und wann fibrilläre Muskelzuckungen". Ueber den Zustand der Patellarreflexe wird leider nichts berichtet. Von der Sprache wird nur angegeben, dass Pat. „ziemlich tadellos" lesen kann; „längere Wörter, wie z. B. Artilleriebrigade kann sie nicht nachsprechen ohne sich zu verwickeln" (also kein Silbenstolpern!); nur wenn sie hochgradig erregt ist, wird die „Sprache undeutlicher und verwischter". Gesichtsausdruck „etwas schlaff"; „Blick sehr lebhaft". „Pat. zeigt deutliche Euphorie, abwechselnd mit Weinerlichkeit". „Sie ist sehr gedächtnissschwach, besonders für die Ereignisse späterer Zeit. Das weiss sie selbst". Diese Gedächtnissschwäche schwankt von einem Tag zum anderen, indem sie „sich an verschiedenen Tagen verschieden erweist". „Sie vergisst nicht selten, was sie hat sagen wollen." „Es fällt ihr oft schwer einen Gedanken auszudrücken" oder „einen Gedanken zu Ende zu denken", einen Brief zu schreiben, eine Addition richtig auszuführen. Beim Schreiben wird hier und dort eine Silbe zweimal geschrieben und „merkt sie einen Theil der Fehler, so giebt sie den Versuch auf". „Weder Sinnes- noch Gedankenwahn ist nachzuweisen". Von Zeit zu Zeit Unruheperioden; Pat. wird geschwätzig, cynisch, unsauber, aggressiv; während der Erregung zahlreiche epileptiforme Anfälle („vom 27. XI. bis 4. XII. hatte Pat. nicht weniger als 23 epileptiforme Anfälle").

Soviel lesen wir in dem Beobachtungsprotokoll. Obwohl das Vorhandensein einer luetischen Infection bei der Frau durch nichts bewiesen wird, da ja die stattgefundenen Missfälle im besten Falle für eine Syphilis des Mannes und nicht der Frau sprechen, lassen wir zu, dass die an ausgesprochener circulärer Psychose leidende Patientin in der That Lues vom Manne acquirirt hatte. Ist nun das beschriebene Zustandsbild als eine Paralyse zu deuten? In der Epikrise äussert sich Lundborg wie folgt: „Aus dem Status geht ja mit aller Deutlichkeit hervor, dass bei der Kranken wirklich eine Paralyse vorliegt. . . . Die Krankheitszeichen, welche dann (bei der Aufnahme) hervortraten, waren wohl ausschliesslich der Paralyse zuzuschreiben". Diese Zeichen, die ich oben ausführlich und womöglich authentisch wiedergegeben habe, sind aber kaum für eine solche Behauptung genügend. Der Pupillendifferenz an sich ist kaum ein etwaiger symptomatologischer Wert beizugeben, da dieselbe häufig genug bei Geistesgesunden wie bei -Kranken, besonders bei älteren Personen vorkommt; dass die engere Pupille langsamer reagirt, als die weitere, hat an sich nichts Auffallendes und wird bei der alltäglichen Beobachtung der nicht paralytischen Kranken gefunden; der geringe Tremor in den Händen und der Zunge ist auch nicht ohne Weiteres bei der 53 jährigen Patientin für die Diagnose zu verwerthen. Es bliebe somit die Sprachstörung, welche im Status als Verwicklung beim Lesen längerer Wörter bezeichnet, in der Epikrise aber als „litterale Ataxie" gedeutet wird. Es bleiben weite die epileptiformen Anfälle.

Wenn wir uns nun zur Analyse des psychischen Bildes wenden, so finden wir auch hier wenig für die Paralyse charakteristisches. Ausser der Euphorie,

welche ja nur auf einen manischen Zustand deutet, der bei einem circulär-manischen Ausbruch schwerlich zu vermissen würde, spricht nach Lundborg für die Paralyse die Gedächtnissschwäche und die Unfähigkeit zum systematischen Denken. Wenn wir aber in die Angaben des Status etwas tiefer eindringen, so ist es, bei all ihrer Spärlichkeit, nicht schwer zu bemerken, dass die Störungen ein ganz anderes Gepräge tragen, als bei der Paralyse. Es ist vor Allem hervorzuheben, dass Patientin sich dieser Störungen bewusst ist, dass sie dieselben bemerkt, was bei der Paralyse gewöhnlich nicht der Fall ist. Die Gedächtnissschwäche bezieht sich bei ihr besonders auf die späteren Ereignisse; sie vergisst die Namen, vergisst, was sie sagen wollte etc. und die Tiefe der Störung schwankt an verschiedenen Tagen; bei der Paralyse sind wir dagegen gewöhnt einer stabilen Hypomnesie zu begegnen, welche an zeitliche Grenzen weniger gebunden scheint, bei welcher aber dagegen vorzüglich die zeitliche Localisation der reproducirten Ereignisse gestört ist; dabei tritt bei der Paralyse die Merkschwäche mehr als die Reproductionsschwäche hervor. Die Erschwerung der Denkfähigkeit bei der Patientin äussert sich in der „Unfähigkeit einen Gedanken zu Ende zu denken", einen Brief abzufassen, eine einfache Addition auszuführen; diese Störung zeugt bei ihr eher von einer Erschwerung des Denkprocesses, als von einer Urtheilsschwäche, Zerfahrenheit, Unfähigkeit zu combiniren, welche wir bei paralytischen Kranken treffen. „2½ Jahre sind bereits vergangen, seit sich deutliche Symptome von dieser Krankheit zuerst zu zeigen begannen — sagt uns Lundborg, — und trotzdem ist die ganze Krankheit gegenwärtig noch nicht weiter vorgeschritten, als dass die Pat. arbeiten und sich selbst bedienen kann". Wenn wir dabei berücksichtigen, dass eben dieser Zeitraum durch viele Serien von epileptiformen Anfällen erfüllt wurde, so wäre bei einem ähnlichen Verlauf der Paralyse eine viel tiefere Verblödung zu erwarten, als wir bei dieser, in ihren ruhigen Perioden geordneten, besonnenen, ja vernünftigen Patientin mit „recht lebhaftem Blick" finden. Nur nebenbei sei bemerkt, dass bei einer aufgeregten, euphorischen vorgeschrittenen Paralyse kaum etwaige Wahnideen fehlen würden.

Wenn aber die aufgezählten Erscheinungen dem Character der paralytischen Psyche wenig entsprechen, so ähneln sie auffallend denjenigen Störungen, welche sich bei Sclerose der Hirngefässe allmählich entwickeln, wie sie so glänzend noch vor kurzem auf der Münchener Versammlung der Irrenärzte Deutschlands zusammengefasst wurden: Der geschilderte Character der Gedächtnissschwäche und der Erschwerung des Denkprocesses, die Intensitätsschwankungen einzelner Störungen und die Krankheitseinsicht, das Erhaltenbleiben des Kerns der Persönlichkeit und der Fähigkeit, sich in gewohnten Gedanken- und Leistungskreisen aufzufinden, endlich die Verwicklung der Sprache bei schwierigen Wörtern. Das Alles sind Kennzeichen, welche den arteriosklerotischen Hirnerkrankungen eigen sind und welche auch das Krankheitsbild von Frau N. N., von den manischen Zügen abgesehen, vollständig zu decken im Stande sind. Auch die häufigen epileptiformen Anfälle sprechen eher für, als gegen eine solche Deutung des Krankheitsbildes; so häufige serienweise auftretende und während mehr als zwei Jahre andauernde Anfälle habe ich bei Paralytikern nicht gesehen, und glaube, dass derartige Anfälle einen echten Paralytiker noch vor Ablauf von zwei Jahren tödten würden.

Somit wäre, wie mir scheint, der Fall von Lundborg dahin zu deuten, dass die Patientin, welche seit ihrer Pubertät circulär erkrankt war, im Alter von etwa 50 Jahren Zeichen von arteriosklerotischen Processen im Gehirn aufzuweisen begann, welche durch eine mässige Demenz das zu Grunde liegende circuläre Krankheitsbild gewissermaassen complicirt haben. Wenn wir auch die angebliche luetische Infection hier als bewiesen annehmen, so ändert die Frage danach, ob die Arteriosklerose durch die Syphilis oder durch andere Gelegenheitsursachen bedingt worden war, gar nichts in der prinzipiellen Auffassung dieses Falles. Im Gegentheil würde, unter solcher Annahme, dieser weit verfolgte Fall, in welchem trotz der stattgehabten Infection bisher keine Paralyse eingetreten ist und vermuthlich nicht mehr eintreten wird, meine Behauptung von der Unmöglichkeit eines Ueberganges des manisch-depressiven Irreseins in eine Paralyse trotz des Eingriffs einer Lues nicht unbedeutend unterstützen.

Wenn wir nun diese Behauptung der zweifellosen Häufigkeit des Debütirens der progressiven Paralyse mit circulärartigen Ausbrüchen kurz nach der Infection entgegenstellen, so entspringt daraus in vollem Maasse die grosse praktische Wichtigkeit, das Moment der Ansteckung eventuell anamnestisch genau zu eruiren: dadurch gelangen wir zur Diagnostik des circulärverlaufenden Krankheitsbildes und zur Voraussage über die Zukunft des Patienten. Wenn der Patient vor der Infection auch nur einen Ausbruch des manisch-depressiven Irreseins erlebt hatte, so wird er mit grösster Wahrscheinlichkeit frei von Paralyse bleiben, und wird die Lues keinen bedeutenden Einfluss auf den weiteren Verlauf seiner Krankheit aus-

üben; wenn aber der erste Ausbruch erst nach der Infection, sei es auch kurz darauf, sich gezeigt hat, so ist die Wahrscheinlichkeit nicht minder gross, dass der Patient unter der Gefahr einer imminenten Paralyse sich befindet, wenn auch das Anfangsbild so harmlos ist, so völlig der reinen circulären Psychose entspricht, wenn auch die sichtbare Genesung so vollständig erscheint und das freie Intervall sich so lange zieht.

Neben dieser praktisch wichtigen Thatsache, sei noch darauf hingewiesen, dass diese klinische Unvereinbarkeit von zwei Krankheiten, deren Zustandsbilder und Verlaufsart in einigen Fällen und einigen Punkten so viel Aehnliches darbieten, als weiterer Beweis für die Berechtigung ihrer nosologischen Abgrenzung, als besonderer Krankheiten und nicht nur als klinischer Formen dienen kann. Wenn auch die Abgrenzung der progressiven Paralyse ohnedem genug begründet ist und weiterer Unterstützungen kaum bedarf, so ist es bis jetzt für die circuläre Psychose oder vielmehr für das von **Kraepelin** umgrenzte manisch-depressive Irresein noch nicht der Fall. Die hier aufgestellte Behauptung kann weiter als neuer Stimulus dienen zur Beseitigung des Vorurtheils von dem angeblichen Vorhandensein von Uebergangsformen zwischen einzelnen klinisch abgesonderten psychischen Krankheiten.

Aus der Provinzial-Irren-Anstalt Leubus.

Luftliegekuren bei Psychosen.

Von Dr. *W. Alter*, Assistenzarzt.

Ein Einwurf, der immer wieder gegen die Bettruhe in der Irrenanstalt gemacht wird, ist der, dass bei ihrer strikten Durchführung die Zahl der Tuberkulose-Erkrankungen entschieden zunehme. Es ist das ja im allgemeinen sehr schwer exakt zahlenmässig zu widerlegen: wir können es nach unseren hiesigen Erfahrungen — Leubus war unter den ersten Anstalten, in denen die Bettruhe Eingang fand — entschieden nicht zugeben. Die Mortalität an Lungentuberkulose betrug bei uns:

86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92
4·1	4·5	3·4	3·3	1.0	2.5 %

92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98
0.9	0.9	1.7	1.3	2.2	2.6 %

98/99	99/00	00/01	01/02
3·5	3·9	3·7	2·3 %

der mittleren Belegziffer.

Die Bettruhe wurde seit Oktober 1888 in immer grösserem Umfange angewendet, die Phthisenmortalität ist in den folgenden Jahren so exorbitant gesunken, dass man eher von einem günstigen Einfluss der Bettruhe sprechen müsste. Die eximierte Stellung des Jahres 91/92 erklärt sich ja als Consequenz der Influenzaepidemie von 90 und 91. Später ist die Mortalität wieder gestiegen, da würde man eher an die Opfer langjähriger Bettruhe denken können. Es bleibt aber immer sehr beachtenswerth, dass die hohen Mortalitätsziffern aus den Jahren vor der Einführung der Bettruhe nie wieder erreicht worden sind. Man wird also auch daraus eine causale Bedeutung dieser Behandlungsform für die Propagation der Tuberkulose in der Anstalt kaum ableiten dürfen.

Dagegen schliessen sich auf anderem Gebiete an die Bettruhe nicht selten entschieden ungünstige Folgezustände. Bei Kranken, die längere Zeit, Monate oder Jahre der Bettruhe unterstehen — manchmal auch schon eher — entwickeln sich leider nur zu oft Anämieen von wechselnder, bisweilen recht grosser Intensität, ja von ausgesprochen deletärem Charakter, die auch in den leichtesten Formen eine höchst unerfreuliche Complication abgeben und sich meist gegen jede Therapie recht hartnäckig erweisen. Der schädigende Faktor ist dabei schwerlich die Bettruhe an sich, sondern die mit ihr verbundene Fernhaltung der fraglichen Patienten von den für jeden gesunden und kranken Organismus so eminent werthvollen Einflüssen der freien Luft, der Insolation und der intensiven und directen Lichteffecte überhaupt.

Von solchen Erwägungen aus habe ich seit dem Sommer vorigen Jahres versucht, bei Kranken der mir unterstellten Pensions-Abtheilungen die Bettruhe mit Liegekuren im Freien zu kombiniren, oder sie durch solche theilweise zu ersetzen. Ich kann heut schon sagen, dass die damit erzielten Erfolge sehr günstig sind und zu immer ausgedehnteren Versuchen ermutigt haben. Ich habe die Liegekur fast durchweg wenigstens im Anfange mit hydrotherapeutischen Behandlungsmaassnahmen verbunden. Im einzelnen stellte sich das Verfahren dann meist so, dass die Kranken vormittags zwischen 9 und 11 Uhr ins Freie

gebracht wurden; die Aussentemperatur habe ich dabei mehr und mehr vernachlässigen gelernt: ich habe z. B. eine Kranke den ganzen Winter über, selbst bei 8—10° C. Kälte, stundenlang im Freien liegen lassen, mit nur günstigen Folgen. Benutzt werden einfache Rohrliegestühle, auf die eine dünn gepolsterte Matratze kommt. Die Kranken sind in gewöhnlicher Kleidung, die im Sommer thunlichst hell und leicht gewählt wird — im Winter werden die Patienten in Fusssäcke und Decken so warm eingepackt, dass ein Frösteln ebensowenig eintritt, wie eine Wärmestauung. Sie liegen dann, oft in grosser Gesellschaft, zusammen, plaudern, spielen und lesen und nehmen auch die Hauptmahlzeit vielfach im Freien ein. Im Laufe des Nachmittags, nach 4—6—8 Stunden kehren sie in die Abtheilungen zurück und erhalten nun, meist sofort, ein Kurbad, ein prolongirtes Bad, prolongirte Sitzbäder oder Einpackungen — je nach der Individualität und Indikation. Erkältungskrankheiten, die ich im Anfang immerhin befürchtet hatte, sind unter diesem Regime thatsächlich nie beobachtet worden; ich möchte übrigens auch ausdrücklich hervorheben, dass wir von Erkältungskrankheiten seit der ausgedehnten Anwendung der Hydrotherapie*) in auffallend geringem Maasse zu leiden hatten. Sehr bemerkenswerth ist auch die Thatsache, dass eine Influenza, die in diesem Frühjahr bei uns grassierte, ausnahmslos die Kranken freiliess, die unter Badebehandlung und Freiluftkur standen.

Indiziert erscheint mir ein partieller Ersatz der Bettruhe durch Liegekuren im Freien im Grunde bei allen Kranken, deren psychisches Verhalten sie irgend ermöglicht. Die Zahl solcher Kranken ist viel grösser als man zunächst anzunehmen geneigt ist. Ich habe es aber auch, bisher freilich nur im Sommer, ohne weiteres riskirt, unruhige Kranke — sie machten dem Prädikat alle Ehre —, bei denen eine Anämie vorlag oder drohte, einfach in der Einpackung — ich verweise da wieder auf Mittheilungen an anderer Stelle**) — stundenlang ins Freie zu legen. Mein Material ist da natürlich vor der Hand noch recht klein, denn die äusseren Bedingungen sind bei uns sehr ungünstig: altes Haus mit drei je ca. 7 m hohen Etagen, ohne Fahrstühle — aber in den wenigen Fällen, über die ich verfüge, waren die Erfolge sehr befriedigend, nicht zuletzt auch in psychischer Beziehung. In der neuen Anstaltsanlage für 800 Kranke, die hier im Bau ist, sind jedenfalls daraufhin auch an den Pavillons für Unruhige grosse Veranden in Südlage vorgesehen, die mit den Bettsälen direct communiciren und die es ermöglichen werden, auch solche Kranke im Bett stunden- und tagelang ins Freie zu bringen — mit oder ohne Packung.

In allererster Linie sind es aber Kranke in hypomanischen oder depressiven Zuständen, ruhige Paralytiker, viele Formen von Dementia präcox, die für die Liegekur in Betracht kommen, und zwar ebenso alte Anstaltsinsassen, wie frisch aufgenommene Patienten. Selbst bei einigermassen agitirten Melancholien lässt sich die Durchführung der Behandlung meist ohne Schwierigkeiten ermöglichen, wenn eine geeignete Umgebung unter individualisirender Auswahl geschaffen werden kann. Die Ergebnisse sind, wie gesagt, recht günstig, in erster Linie auf rein körperlichem Gebiet. Anämische Kranke bekommen rasch Farbe und eine bessere Blutzusammensetzung; Appetit und Stoffwechsel, die bei der Bettruhe nur zu oft zu wünschen lassen, werden mächtig angeregt. Aber auch die Stimmung der Kranken wird günstig beeinflusst. Sie werden nicht nur körperlich, sondern auch geistig frischer und regsamer, zugänglicher und theilnehmender. Die vielen Klagen über „das ewige im Bett liegen" treten ganz zurück, der Durchführung jeder anderweitigen Behandlung wird wesentlich Vorschub geleistet. Manchmal sind die Erfolge ganz frappant. So habe ich einen Patienten, einen 23jährigen initialen Paralytiker, Offizier, der in hochgradigster Anämie, mit arger Appetit- und Schlaflosigkeit und schwerem Darniederliegen aller visceralen Funktionen zu uns kam. Er war bei jähen und extensiven Affektschwankungen meist tief deprimiert, voller hypochondrischer Beschwerden und Selbstmordideen. Er wurde vom ersten Tage an einer combinirten Behandlung mit Bettruhe und 6Std. Bädern unterworfen, nach 8 Tagen trat dazu — mitten im Winter — eine regelmässige Liegekur von 4—6 Stunden. Nach 26 Tagen war sein Gewicht um 24 Pfund gestiegen, sein Aussehen war blühend, die körperlichen Funktionen hatten sich in wünschenswerthester Weise gehoben, die Stimmung war gleichmässiger, in der Regel vergnügt und euphorisch. Ein Medikament hat er — ausser einigen Pyramidonpulvern zu 0,25 — nie bekommen, als Kostzulage wurde nur Milch gereicht.

Das sind natürlich Renommirfälle, die zur Beurtheilung des Regime an sich von geringerem Werte sind. Aber die Resultate sind auch im allgemeinen so gleichmässig erfreulich und augenfällig gewesen, dass ich daraus schon heut der Freiluftliegekur in der Behandlung der Psychosen ein weites Feld einräumen möchte.

---

*) cf: Zur Hydrotherapie bei Psychosen, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, März 1903.

**) a. a. O.

Das Enquete-Referat von Prof. Dr. Benedikt über die Privatirrenanstalten und die private Irrenpflege.

Unter den Referaten betreffend die Reform des Irrenwesens in Oesterreich ist in Nr. 38 dieser Wochenschrift auch das Referat von Professor M. Benedikt im Auszuge mitgetheilt. Weil dies Referat wegen des Namens seines Verfassers auch auf die Beurtheilung und Entwicklung des Irrenwesens in Deutschland Einfluss haben könnte, ist es nöthig zu wissen, welcher Werth ihm beizulegen ist.

Mit Bedauern muss gesagt werden, dass eine „Laiencommission" dem Irrenwesen nicht verständissloser, den Aerzten nicht ungerechter gegenüberstehen kann als der hervorragende Wiener Neurologe in seinem Referat. Wenn man das Referat liest — es ist, getrennt von den übrigen Enquete-Referaten, in der Wiener klin. Wochenschr. 1901, Nr. 44 veröffentlicht —, so muss man über die gelegentlich eingestreuten pathologischen Ausführungen erstaunen. Ueber die Neurasthenie heisst es zum Beispiel: „Im Zusammenhang mit dem verhandelten Thema sind als Neurastheniker jene zu bezeichnen, welche durch Willensschwäche und Erschöpfbarkeit bei jeder ernsten Beschäftigung zu jeder Berufsthätigkeit unfähig sind. Diese Zustände können angeboren oder erworben sein; es handelt sich also um psychische und physische Arbeitsunfähigkeit, die, wenn angeboren, zur „Arbeitsscheu" sich entwickelt." Das hätte auch ein nicht approbirter Heilkundiger schreiben können. Weiterhin liest man von „Weibern, die wegen ihrer krankhaften Ausschweifungen allgemeines Aergerniss erregen und die Ehre der Familie cynisch blosstellen und daher unter Curatel gestellt sind", von „Individuen, welche einer Entziehungskur wegen lasterhafter Gewohnheit der Selbstvergiftung durch Morfin, Cocain, Alkoholika etc. benöthigen"; so darf sich ein Arzt doch nicht ausdrücken, auch nicht „im Zusammenhang mit dem verhandelten Thema". Auffallend ist auch die Behauptung, „bei der Influenza-Psychose" bestehe „ein Doppelbewusstsein, ein psychopathisches und ein normales nebeneinander"; nachher heisst es kurz „Influenzakranke". Von den gelegentlichen Aeusserungen über die Behandlung der Geisteskranken seien nur erwähnt „alle jene Strafvorgänge, die auch bei Geisteskranken zum Behufe der Besserung des Verhaltens wirksam und angezeigt sein können".

Auf dem Boden einer derartigen Pathologie sind die Reformvorschläge erwachsen. „Wenn bei stürmisch einsetzenden und verlaufenden Geistesstörungen — durch mindestens zwei Wochen — und bei langsam verlaufenden — durch mindestens acht Wochen — alle Spuren der Geistesstörung verschwunden sind, ist es Pflicht der Anstaltsleitung, davon der Fürsorgebehörde die Anzeige zu machen" (die über die Entlassung entscheidet). In dem Eingangs genannten Auszug heisst es: „die Heilung muss längstens 8 Wochen nach Schwund aller krankhaften Symptome der Fürsorge-Behörde angezeigt werden"; diese Fassung entspricht zwar nicht dem Wortlaut, aber wohl der Meinung des Verfassers; aber wer kann denn bei den langsam verlaufenden Psychosen auf den Tag, oder auch nur auf die Woche genau angeben, wann alle Spuren der Krankheit verschwunden sind? In wunderlichem Gegensatz zu dieser Bestimmung steht die andere, dass Gesuche der Vormundschaft um Entlassung eines Kranken, wenn sich die Bedingungen als nicht erfüllt zeigen, nicht vor sechs Monaten wieder erneut, resp. berücksichtigt werden sollen; „sonst würde die Fürsorgebehörde zu sehr behelligt werden". Etwas kühn ist die Behauptung: „Das Gesuch des Kranken (um Entlassung) wird die Fürsorge-Behörde wohl in weitaus den meisten Fällen an und für sich sofort erkennen lassen, ob eine wirkliche Gesundung vorauszusetzen ist oder nicht". Das gäbe in der That ein sehr einfaches Verfahren.

Das sind alles so Meinungen, wie sie die Freunde der „Laiencommission" haben mögen. Und „die Laien haben ein sehr schiefes Urtheil über Geisteskranke" sagt Prof. Benedikt.

Dem irregeführten und übelwollenden Laien-Urtheil entspricht auch die ganz allgemein gehaltene moralische Einschätzung der Aerzte an Privatirrenanstalten; hervorgehoben sei nur der Vorwurf, durch die verabreichten Schlafmittel würde die Heilung in vielen Fällen verzögert oder gefährdet. Um derartige Missbräuche zu verhindern, empfiehlt Prof. Benedikt eine strenge Controle der Privatanstalten, deren wichtigstes Substrat die genau zu führenden Krankengeschichten sein sollen. Diese Krankengeschichten sind dann nicht etwa nur der Fürsorgebehörde und den von ihr mit der Controle beauftragten Aerzten vorzulegen, sondern sie sind auch den visitirenden Polizei- und Gemeindebehörden zu zeigen und den Angehörigen der Kranken; dann vermag ein Jeder, der nichts von der Sache versteht, leicht zu controliren, ob auch zu viele Medicamente

gebraucht, ob „alle jene Strafvorgänge" zu häufig angewandt werden u. s. w. „Auch nächtliche Besuche sind angezeigt".

Das Vorstehende ist nur eine kleine Blütenlese; die übrigen Ausführungen stehen zumeist auf dem gleichen Niveau. Es dürfte aber genügen, um zu sagen, dass die Meinungen Prof. Benedikt's, der eine so geringe psychiatrische Erfahrung in seinem Enquete-Referat verräth, der eine Klasse von Aerzten — Prof. Benedikt spricht nur von ärztlich geleiteten Anstalten — ganz uneingeschränkt und in der schlimmsten Weise öffentlich verdächtigt, für eine Reform des Irrenwesens keinen Werth haben.

Dr. Dieckhoff.

Joseph Krayatsch †.

Tief erschüttert bringen wir zur Kenntniss, dass Herr Regierungsrath Dr. Joseph Krayatsch, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling, Sonntag, den 22. März d. Js. $^1/_2$10 Uhr morgens, nach dreitägigem Krankenlager gestorben ist. Am Donnerstag, den 19. März, hatten sich bei dem an Myodegeneratio cordis leidenden Manne Insufficienzerscheinungen gezeigt, die ihn zwangen, sich zu legen. Es stellte sich eine Magenblutung ein, welche binnen wenigen Stunden zum Tode führte. Er wurde am Mittwoch, den 25. nachmittags auf dem Centralfriedhof in Wien beerdigt.

Krayatsch war 1849 zu Iglau in Mähren geboren, promovirte 1881 in Wien und trat 1882 als Sekundärarzt in die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt in Wien ein. Am 24. März 1885 übernahm er als Anstaltsleiter die Leitung der Irrenanstaltsfiliale Kierling-Gugging. Am 1. Juli 1890 wurde er, da diese Filiale am gleichen Tage zur selbständigen Landes-Irrenanstalt erhoben worden war, zum dirigirenden Primararzt derselben ernannt. Nach Erweiterung der Anstalt durch den Bau des Centralgebäudes, durch den Ausbau einzelner Pavillons und durch Etablirung der Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder am 1. Jänner 1897 avancirte er zum Direktor derselben Anstalt. Die am 16. März 1899 eröffnete, mit der Anstalt in Kierling-Gugging verbundene Kolonie auf dem Haschhof verdankt ihre Entstehung seiner Initiative. Am 15. April 1902 übernahm er die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling, bei deren Bau er als Experte mitgewirkt hatte. Die Organisation des Dienstes, die Instruktionen für die Aerzte, die Pläne für die innere Einrichtung dieser Muster-Anstalt etc. sind sein Werk. Am 24. August 1902 verlieh ihm der Kaiser in Anerkennung seiner Verdienste um die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling den Titel „Regierungsrath."

Krayatsch legte das Schwergewicht seiner Thätigkeit auf die Administration, und die Behandlung und Lösung administrativer Themen war seine liebste Beschäftigung. Daneben hatte er sich allmählich und durch eigenes Studium eine Menge technischer Kenntnisse angeeignet, wodurch er in hohem Maasse die Befähigung erhielt, bei der Errichtung von Irrenanstalten als ärztlicher Berather mitzuwirken. In dieser Beziehung wurde er nicht nur in Nieder-Oesterreich, sondern auch in anderen Provinzen der Monarchie in Anspruch genommen.

Sein nimmer müder, rastloser Fleiss, sein fortgesetztes Streben, in allen die Irrenpflege betreffenden Fragen stets auf der Höhe der Zeit zu stehen, liessen ihn nicht an seine eigene Person denken, und selbst als es allen Kollegen zur traurigen Gewissheit geworden war, dass der Körper dieses hünenhaft gebauten Mannes den Todeskeim in sich trage, kannte er, obwohl ihm der richtige Blick für sein Leiden keineswegs fehlte, keine Schonung für sich.

Krayatsch war seit 1890 in glücklichster Ehe verheirathet. Der Ehe entstammt ein gegenwärtig zwölfjähriges Töchterchen.

Der allzufrühe Hingang dieses vortrefflichen Mannes versetzt nicht nur die Aerzte, Beamten und Kranken der Anstalt Mauer-Oehling, sondern auch die Fachcollegen, welche ihn kannten, in tiefste Trauer. Denn wer ihn kennen gelernt, musste ihn hochschätzen und verehren.

Friede seiner Asche!
Ehre seinem Andenken!

Mittheilungen.

— Mit Bezug auf die auf S. 551 citirte Ansicht des Brandenburgischen Provinzialausschusses schreibt Sanitätsrath Dr. Jenz, Direktor der Grossherzoglichen Idiotenanstalt in Schwerin, in einem Aufsatze: „Zur Streitfrage zwischen Aerzten und Pädagogen":*)

„Dieser Grundsatz sollte allgemein auch auf die Fürsorge für Idioten, Schwachsinnige und Epileptische wenigstens in Bezug auf solche Anstalten ausgedehnt werden, die der ärztlichen Leitung noch entbehren. Hierdurch würde entweder eine Aenderung in deren Organisation in unserem Sinne herbeigeführt werden, oder es würden mehr staatliche oder kommunale Anstalten errichtet werden müssen, was allerdings noch vorzuziehen ist. Denn wenn es auch noch einzelne staatliche Anstalten giebt, die bezüglich dieser Forderung rückständig sind, so zweifle ich doch keineswegs, dass sich die in Betracht kommenden Behörden bei Neuerrichtungen solcher Anstalten der Einsicht nicht verschliessen werden, dass es sich um Krankenanstalten handelt, und wissen werden, wem sie die Leitung ihrer Krankenanstalten anvertrauen sollen, wie denn Preussen und Mecklenburg bezüglich der Leitung und Organisation ihrer staatlichen Idiotenanstalten bereits ein Beispiel dafür bieten".

Wie schon Reg.-Rath Dr. Krayatsch kürzlich in dieser Wochenschrift forderte, verlangt auch Jenz, dass der Arzt der Anstalt selbst auch Leiter derselben sein muss, und hält es für einen ernsten Fehler, dass eine dahin lautende gesetzliche Vorschrift noch nicht existirt. Bei Anstalten, die nur eine Art Hülfsschule für schwachbefähigte und psychisch minderwerthige Kinder mit Internat darstellen, genüge die Aufsicht und Berathung durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt.

Für die Forderung, dass Aerzte an die Spitze der Idiotenanstalten gehören, hat Zimmer die ironische Bemerkung: „.... warum sollte ein Arzt nicht leisten können, was Brüder aus Diakonenanstalten geleistet haben".... Zimmer sagt nämlich von dem Leiter der Idiotenanstalt:

„Das kann ein Arzt sein, der ein Herz voll Liebe hat und pädagogisches Geschick — warum nicht das, warum sollte ein Arzt nicht leisten können, was Brüder aus Diakonenanstalten geleistet haben? — aber der Arzt als solcher, der wirklich ärztliche Interessen verfolgt, wird nach solcher Arbeit gar kein Verlangen tragen; nimmt er eine Stellung in einer Idiotenanstalt an, so thut er es entweder, weil ihm das Elend der Idioten persönlich besonders aufs Herz gelegt ist, sodass er seinen eigentlichen ärztlichen Beruf aufgiebt und lieber Pfleger dieser Armen werden will, oder aber, was vielleicht eher zu befürchten ist, Aerzte, denen der dornenvolle freie ärztliche Beruf zu unbequem ist, melden sich zu derartigen Leitungen, die ihnen bequemer sind. Jedenfalls muss man damit rechnen, denn die Menschen bleiben Menschen. Und darum würde es ein ernster Fehler sein, wenn man gesetzlich für die Idiotenanstalten die Leitung durch Aerzte vorschriebe und nach dem Schema „F" Idiotenanstalten einfach unter die Irrenanstalten mitklassificirte. Hierher gehört für die Leitung in erster Linie Liebe für diese Armen und in zweiter noch einmal Liebe, sodann das nöthige pädagogische Geschick und schliesslich Verwaltungstalent. Wer das hat, mag berufen sein, sei er Arzt oder Theologe oder Pädagoge oder was sonst; aber eine Standesaufgabe der Aerzte ist die Leitung von Idiotenanstalten nicht."

Worauf Jenz entgegnet:

„Ich versage es mir durchaus, die Art der Motivirung des Verfassers, weshalb Aerzte überhaupt seiner Ansicht nach die Leitung von Idiotenanstalten erstreben sollen, näher zu beleuchten. Nur die Insinuation des Verfassers muss ich noch auf das schärfste zurückweisen, als ob Standesinteressen in einem Sinne für die Aerzte in Frage kämen bei der Forderung, dass auch für die Idiotenanstalten ärztliche Leiter nöthig sind. Nur rein sachliche Interessen sind es gewesen, welche die bekannten Resolutionen in der Versammlung Deutscher Irrenärzte zu Frankfurt im Jahre 1893 gezeitigt haben, und sind es noch, die uns an diesen Resolutionen festhalten lassen. Ein Standesinteresse könnte nur soweit in Frage kommen, als man es eventuell für standesunwürdig halten könnte, wenn Aerzte Stellungen als Anstaltsärzte an Idiotenanstalten einnehmen, welche unter der Direktion von Nichtärzten stehen, ohne wenigstens einen maassgebenden Einfluss auf die Leitung dieser zu besitzen."

Aus der oben skizzirten Haltung Zimmer's werden wir Aerzte Winke für unsere Stellung zu seinem Krankenpflegerinnenverein und für unser Urtheil über den über letzterem waltenden Geiste entnehmen dürfen.

— **Stuttgart**. Am 26. April soll hier im Justizgebäude eine Versammlung von Juristen und Aerzten stattfinden zur Erörterung von Fragen aus dem Gebiete der Psychiatrie, die für die beiderseitigen Berufskreise von practischer Bedeutung werden können. Es sind bereits zahlreiche Vorträge in Aussicht gestellt.

— **Elsass**. (Bezirksirrenanstalt zu Rufach.) Der notarielle Ankauf der Parzellen zur Bezirksirrenanstalt hat nun begonnen und nimmt seinen regelrechten Verlauf. Der Ankauf des ganzen Bodens beträgt ca. 300000 M.

Referate.

— Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psych.-gerichtl. Medicin. Bd. 59 Heft 4.

Kirchhoff (Neustadt in Holstein). Die Höhenmessung des Kopfes, besonders die Oberhöhe.

Ausgehend von der Thatsache, dass die Höhenverhältnisse des Schädels wichtiger sind, als Länge

*) In „Die Krankenpflege" 1902/3, Nr. 6, als Entgegnung auf einen gleichbetitelten Artikel ebenda 1902/3 von Professor Friedrich Zimmer, Präsident des „Evangelischen Diakonievereins". Auch im Uebrigen erfahren Zimmer's Ausfälle gegen den Aerztestand durch Jenz die verdiente Zurückverweisung.

und Breite, hat Verf. nach der brauchbarsten Methode gesucht, am Lebenden die Höhe des Kopfes zu bestimmen. Wichtig sind die Ohrstirnlinie und die Ohrhöhe, deren gemeinsamer Ausgangspunct das äussere Ohrloch ist. Diese beiden Maasse lassen gewisse Schlüsse auf den Abschnitt des Schädelgrundes zu, welcher die Ganglien des grossen Gehirns trägt.

Raecke (Kiel). Ueber Hypochondrie.

Unter 2800 Kranken der Tübinger Klinik waren 18 sichere Fälle von reiner Hypochondrie. Verf. berichtet über 9 Fälle ausführlicher und kommt zu dem Schluss, dass die Hypochondrie eine selbständige Krankheitsform ist, welche sich hauptsächlich bei geschwächtem Nervensystem (Neurasthenie, Hysterie, schwerer erblicher Belastung) entwickelt. Im Verlauf treten häufig Remissionen und gelegentlich Exacerbationen ein. Dauerde Heilung ist zweifelhaft, niemals tritt Demenz ein. Die echte Hypochondrie ist stets eine Hypochondria sine materia.

Nawratzki (Dalldorf). Ueber Ziele und Erfolge der Familienpflege Geisteskranker nebst Vorschlägen für eine Abänderung des bisher in Berlin angewendeten Systems.

Die Statistik lässt ein allmählich fortschreitendes Anwachsen der Berliner Familienpflege vermissen, und zwar nicht aus Mangel an geeigneten Kranken oder an geeigneten Pflegestellen, sondern aus Schwierigkeiten im inneren Betrieb, verursacht durch erhöhte Belastung von Arzt und Verwaltung. Verf. schlägt deshalb vor: Abtrennung der Familienpflege von der Anstalt, Angliederung an die Armendirection ev. auch an die Deputation für die Irrenpflege, Unterstellung unter die selbständige Leitung eines fachmännisch gebildeten Arztes mit dem Wohnsitz in Berlin, Verbleib der Pfleglinge unter der Aufsicht des Arztes bis zur endgiltigen Entlassung.

— Rosenblath. Neurasthenie, hervorgerufen durch Einatmung von Xyloldämpfen. Aerztl. Sachverstztg. October 1902.

Die durch Einwirkung irgendwelcher Gifte entstandenen Nervenstörungen gehen nicht selten mit psychopathischen Zuständen einher oder gehören eventuell zu den Grenzgebieten zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten. Der von R. mitgetheilte Fall von Xylolvergiftung betrifft einen Mann, welcher bei der Gummirung von Geweben beschäftigt war, wobei das als Lösungsmittel des Gummi verwandte Xylol mit einem Zusatz von Eucolyptusoel durch Hitze verflüchtigt wurde. Die bei ungenügender Ventilation eingetretenen Intoxicationserscheinungen bestanden anfänglich in einem angenehmen Allgemeingefühl, dann in Eingeschlafensein der Hände und Füsse, Atembeklemmungen, Angstzuständen, Zittern und unsicherem Gang, zuletzt in deliranten Angstparoxysmen. Während diese Symptome bei anderweitiger Beschäftigung vergingen, entwickelte sich ein ausgesprochen neurasthenischer Zustand: bei irgendwelchen Arbeiten traten Angstzustände auf, Schwindel, Herzklopfen, Kopfcongestionen, körperliche Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, nervöse Sensationen und Hyperaesthesie. Später traten Beklemmungsgefühle beim Passieren enger Gassen, das Gefühl, als ob Jemand hinter ihm hergehe u. a. auf. Bei Abschluss der Arbeit bestanden die Symptome noch fort. — Interessant würde die Kenntniss des weiteren Verlaufs der Krankheit sein, speciell, ob sich der psychopathologische Character einzelner Symptome noch verschärfte, so dass man eventuell die Genese einzelner psychopathischer Erscheinungen verfolgen könnte. Kellner-Untergöltzsch.

— Psychiatrische en neurologische Bladen. 1902. No. 1.

Ziehen, Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie (Dementia praecox).

Verfasser will den Begriff der Hebephrenie enger fassen und damit ausschliesslich eine Psychose verstehen, welche in der Pubertätszeit auftritt und als Hauptsymptom einen vom Krankheitsbeginn ab nachweisbaren längere Zeit progressiven Intelligenzdefect zeigt. Häufige Nebensymptome sind Apathie und Stereotypien. Auch Komplicationen mit Wahnvorstellungen (Dem. paranoides), Hallucinationen, Affectstörungen kommen vor. Ausgehend von dieser Definition fand Verf. unter 5880 Aufnahmen der Jenenser Klinik 402 Pubertätspsychosen und unter diesen höchstens 34 Fälle von Hebephrenie, also etwa 10 % der Pubertätspsychosen und weniger als 1 % aller Aufnahmen.

1) Differentialdiagnose gegenüber der hypochondrischen Neurasthenie: „Unter hypochondrischer Neurasthenie verstehe ich eine Psychose, bei welcher auf dem Boden der typischen neurasthenischen Symptome hypochondrische Vorstellungen und Verstimmungen auftreten." Der körperliche Befund zeigt keine grossen Unterschiede. Bei der Hebephrenie beginnt ziemlich früh eine Abnahme der Schmerzempfindlichkeit. Die Ermüdungscurve bei Neurasthenie zeigt meist einen relativ niedrigen Anfangswerth und die weiteren Werthe nehmen abnorm rasch ab. Auch bei der Hebephrenie bleiben die Anfangswerthe nicht selten hinter der Muskelentwicklung zurück, weiterhin aber fällt neben ziemlich starken Schwankungen der Werthe ihre geringe Gesammtabnahme auf. Bei der Hebephrenie bleibt der Ernährungszustand normal, oder nimmt sogar bedeutend zu. Bei der Neurasthenie ist die Reproductionsfähigkeit zuweilen, bei der Hebephrenie fast stets herabgesetzt. Der Neurastheniker schreibt oft besser als er spricht, der Hebephreniker schreibt fast stets schlechter als er spricht. Vor allem ist die schon im Prodromalstadium auftretende Apathie eines der sichersten Differentialdiagnostischen Zeichen der Hebephrenie gegenüber der hypochondrischen Neurasthenie. Stereotype Bewegungen und Haltungen sprechen nur dann mit einiger Sicherheit für Hebephrenie, wenn keine Angstaffecte, keine pathologischen Sensationen, keine hypochondrischen Vorstellungen und keine Zwangsvorstellungen vorliegen oder vorlagen.

2) Differentialdignose gegenüber der acuten hallucinatorischen Paranoia.

Das unmittelbare Vorausgehen einer Intoxication oder Infection, eines Traumas oder einer schweren Ueberanstrengung spricht mehr für acute hall. Paranoia,

während Fälle ohne nachweisbare Gelegenheitsveranlassung stets auf Hebephrenie verdächtigt sind. Eine besonders hervortretende Häufigkeit der gleichartigen Vererbung bei Hebephrenie, wie sie Vorster fand, konnte Verfasser nicht nachweisen. Für die Hebephrenie ist die initiale Apathie characteristisch. Die prodromale Depression der acuten hall. Paranoia ist kürzer, continuirlicher und namentlich fast nie mit Apathie combinirt. Auch die weitere Entwicklung ist bei der acuten hall. Paranoia acuter, bei der Hebephrenie chronischer.

Für den Krankheitszustand auf der Höhe ergeben sich folgende differentialdiagnostische Hinweise:

a) Auf Hebephrenie verdächtig sind Fälle, in welchen die Stereotypien sich in einem monotonen Grimmassiren oder Gesticuliren, oder in monotonen tikartigen Abweichungen des Ganges äussern, während andere Stereotypien bei beiden Krankheitsformen vorkommen.

b) Auf Hebephrenie verdächtig sind Fälle, in welchen ausgesprochene Perseveration auch bei Fragen besteht, welche nicht wohl in Beziehung zu Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen des Kranken stehen können.

c) Flexibilitas cerea kommt bei beiden Psychosen vor. Pseudo-Flexibilitas cerea ist bei Paranoia häufiger.

d) Selbstanklagen und Verfolgungsvorstellungen können bei beiden Krankheiten vorkommen, kindische Grössenideen fast nur bei Dementia praecox.

e) Normale oder gesteigerte Nahrungsaufnahme und normaler Schlaf sprechen für Hebephrenie.

f) Negativismus kommt bei beiden vor.

g) Eintritt einer Remission oder scheinbaren Intermission spricht nicht gegen Hebephrenie, Eintritt eines Recidivs nicht gegen acute hall. Paranoia. —

Hulst, Een geval van Dementia paralytica als Paranoia hallucinatoria debuteerend.

Mann von 37 Jahren mit Gesichts- und Gehörshallucinationen, ängstlicher, deprimirter Stimmung. Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Körperlicher Befund negativ. 2 Monate nach der Aufnahme plötzlich characteristische Anfälle, so dass die Diagnose der Paranoia hall. in die der allgemeinen Paralyse umgeändert werden musste. Bestätigung durch die Section.

Meens, Een katatonisch geval van dementia praecox.

Eine ausführliche Krankengeschichte. Hervorzuheben wäre etwa die Neigung des Kranken sich zu schlagen, so dass er beide Augen verlor, und ein Othaematom entstand. Die Bewegungsstörungen haben nach Verf. einen dreifachen Ursprung: Sie sind theils psychisch bedingt, theils werden sie durch Sensibilitätsstörungen hervorgerufen, theils sind sie rein impulsiv.

Bouman, De verpleging van patienten, lijdende an dementia senilis.

Die Fälle von Dementia senilis betrugen 1896: 4,5 % Männer und 4,5 % Frauen von den Aufnahmen, 1897: 5,7 % und 7 %, 1898: 3,5 % und 11,1 %, 1899: 5,3 % und 10,8 %, 1900: 8,0 % und 7 %, 1901: 4,9 % und 16 %. Insgesammt von 504 Männern 28 = 5,5 % und von 369 Frauen 30 = 8,1 %. Die Fälle mit einfacher Verblödung können unter Umständen auch in der Familie oder in Siechenanstalten verpflegt werden, während mit Manie oder Melancholie complicirte Fälle der Pflege in der Irrenanstalt bedürfen. Hier können diese Kranken im gleichen Saal, wie die Siechen und die Paralytiker im Endstadium, untergebracht werden. Sie bedürfen der dauernden Ueberwachung. Auf der Wachabtheilung und auf der Abtheilung für ruhige Kranke können sie wegen ihres störenden Verhaltens zur Nachtzeit nicht gehalten werden.

Wertheim Salomonson, Bijdrage tot de kennis van de theorie van den Resonateur van Ondin.

Beschreibung des Appartes von Ondin zur Erzeugung von Wechselströmen hoher Spannung.

Ganter.

— Hermann Fischer: Die chirurgischen Ereignisse der genuinen Epilepsie. Archiv für Psychologie und Nervenkrankheiten. Bd. 36. Heft 2. 1902.

Aus dieser wichtigen Arbeit, deren Studium viele neue Beobachtungen über Häufigkeit, Art und Schwere der Verletzungen bringt, sei besonders hervorgehoben, wie oft solche selbst in Anstalten, übersehen werden. So war Verfasser z. B. (Seite 17) „betroffen von der grossen Anzahl kleiner, schmerzhafter Knoten in den Muskeln nach schweren, epileptischen Anfällen." Er hält sie für Rupturen von Muskelbäuchen, ausgefüllt und umgeben von Blutcoagulis. Sehr wichtig ist der Hinweis, dass nach schweren Verletzungen eine mitunter sehr lange Pause in den Anfällen auftritt. Es würde dies namentlich von Wichtigkeit sein können, wenn gelegentlich einer, bei einem Geisteskranken vorgefundenen Verletzung, die sowohl im epileptischen Anfall als durch Schuld des Dritten entstanden sein könnte, z. B. bei der Schlägerei, eine sechswöchentliche Beobachtung in einer Irrenanstalt den Nachweis der Epilepsie liefern sollte.

Hermann Kornfeld.

Personalnachricht.

Dr. med. Paul Schuster, Assistent an der Prof. Mendelschen Poliklinik für Nervenkrankheiten in Berlin, hat sich als Privatdocent für Irren- und Nervenheilkunde bei der dortigen Universität habilitirt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

(Die Bibliographie über Criminalanthropologie und Verwandtes von Med. Rath Dr. Näcke befindet sich S. 39, 219, 389 403, 523. Die Sammlung der gerichtlichen Entscheidungen von Prof. Dr. Schultze in Nr. 1 u. 2.)

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten).